



Onderzoeksrapport 2009.02

Veiligheid in de zorg. Achtergrondstudie bij de Staat van de Gezondheidszorg 2009

Antoinette de Bont
Sonja Jerak
Teun Zuiderent
Roland Bal
Pauline Meurs



ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
INSTITUTE OF
HEALTH POLICY & MANAGEMENT

Veiligheid in de zorg. Achtergrondstudie bij de Staat van de Gezondheidszorg 2009

Publicatiedatum

November 2009

Auteurs

Antoinette de Bont

Sonja Jerak

Teun Zuiderent

Roland Bal

Pauline Meurs

Contactgegevens

instituut Beleid & Management

Gezondheidszorg

Postbus 1738

3000 DR Rotterdam

T: + 31 (0)10 408 8555



1. Dankwoord

Deze studie is tot stand gekomen dankzij de medewerking van velen. Allereerst willen we de bestuurders bedanken die met ons hun ervaringen met het sturen op veiligheid wilden delen. Hun bijdrage was onmisbaar, in het bijzonder bij de formulering van de vraagstelling. Hun ervaring met patiëntveiligheid was bepalend voor de keuze van de thema's. Daarnaast willen we de Nederlandse Vereniging Voor Veiligheidskunde bedanken voor hun inbreng. De vereniging heeft voor ons een belangrijk artikel geschreven over de verankering van veiligheid. De vergelijking die zij hebben gemaakt tussen de borging van veiligheid in de procesindustrie en de zorg, leverde de basis voor het tweede hoofdstuk van dit rapport. In het onderzoek hebben we nauw samen gewerkt met Twynstra Gudde. Door een gelukkige samenloop van omstandigheden waren we –ieder apart– een onderzoek aan het uitvoeren met dezelfde vraag. Onze samenwerking heeft de empirische basis van het onderzoek versterkt met casusonderzoek in 14 instellingen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg nodigde ons uit om deel te nemen aan de expertmeeting en de veldconsultatie over de governance van patiëntveiligheid en bood ons daarmee een unieke kans om de resultaten van deze studie te verifiëren. We bedanken de onderzoekers die in hun dissertaties de basis hebben gelegd voor deze studie: Ian Leistikow, Marleen de Mul, Annemiek Stoopendaal, Yolanda Witman en Dorien Zwart. Tot slot gaat onze dank uit naar Jan Klein, Jessica Mesman, Raphael Gallis, Armand Höppener, Victor Roggeveen en Charlotte de Winter-Ree voor hun waardevolle feedback op de conceptversie van dit rapport.

Dit rapport is voorbereid in opdracht van ZonMw. De standpunten in dit rapport zijn van de onderzoekers en niet noodzakelijk van ZonMw.

2. Inleiding

De onderzoeksvraag

Van gezondheidszorginstellingen wordt verwacht dat zij investeren in de veiligheid van de door hen geleverde zorg (Meurs 2008). Burgers – als zij onverhoopt patiënt en/of cliënt worden van een zorginstelling – moeten er op kunnen vertrouwen dat de kwaliteit van de zorg goed is en dat er veilig wordt gewerkt. Terwijl de professionals voor goede kwaliteit zorgen, zijn managers, bestuurders en toezichthouders verantwoordelijk voor de randvoorwaarden opdat goede kwaliteit ook geleverd kan worden. Tronto maakt in dit verband het onderscheid tussen zorgen dat en zorgen voor. Managers en bestuurders zijn verantwoordelijk voor het realiseren van de randvoorwaarden die professionals nodig hebben om goede kwaliteit en veiligheid te leveren (Tronto 1994). Toezichthouders zien hierop toe. Professionals zorgen voor de feitelijke kwaliteit en veiligheid van patiëntenzorg in het dagelijks handelen en hebben ook een verantwoordelijkheid om zich te verantwoorden over de wijze waarop zij kwaliteit en veiligheid waarborgen. In nationale kwaliteitsprogramma's zoals Sneller Beter 3 en Zorg voor Beter zijn veel initiatieven genomen om de zorg veiliger te maken. Deze initiatieven hebben laten zien dat de zorg veiliger kan, maar vooral ook dat veilige zorg niet duurder of in andere zin minder efficiënt hoeft te zijn. Veiligheid wordt dan ook meer en meer gezien als een strategische doelstelling die in het verlengde ligt van andere strategische doelstellingen van zorginstellingen.

De bestuurders wordt verweten dat zij zich te zeer op de strategische positionering van het ziekenhuis oriënteren (te veel met de buitenwereld bezig zijn) en te weinig oog hebben voor de interne processen. In hun brief “Ruimte en Rekenschap” stellen de bewindspersonen Klink en Bussemaker dat de bestuurders van Philadelphia, Amsterdamse thuiszorg, Meavita, te weinig oog hadden voor patiënten omdat ze zich te veel richtten op het verkrijgen van kapitaal op de woningmarkt, de grootte van de onderneming en hypermoderne technologische vooruitgang (Klink & Bussemaker 2008) ¹.

¹ Overigens geldt dit verwijt alleen bij het onderwerp patientveiligheid. Wanneer gesproken wordt over innovatie, versterking van de ketenzorg, effectiviteit en continuïteit van de bedrijfsvoering, wordt van de bestuurder verwacht dat hij of zij zich opstelt als maatschappelijk ondernemer en juist wel voor een sterke externe oriëntatie kiest (Van der Scheer 2007; Putters 2006).

In dit rapport geven we in opdracht van ZonMW een overzicht van de kennis en inzichten over wat “een bestuurder nodig heeft om strategisch met patiëntveiligheid om te gaan in de instelling” (ZonMW 2008, p. 4). De directe aanleiding is de tussentijdse evaluatie van het ZonMW programma patiëntveiligheid waarin de programmacommissie adviseerde om vervolgonderzoek te verrichten naar de rol van bestuurders en de (interne) organisatie van zorginstellingen bij patiëntveiligheid. (ZonMW 2008, p. 4).

Het belangrijkste doel van de studie is om verschillende repertoires te onderscheiden die door managers, bestuurders en toezichthouders zijn ingezet voor specifieke risico's.

Theoretisch perspectief

De centrale aanname in deze studie is dat de verschillen in type risico en type sturingsmodel in hun onderlinge samenhang dienen te worden onderzocht. We onderscheiden, kort gezegd, twee sturingsmodellen; te weten controleren versus leren. Controleren en leren worden veelal tegenover elkaar geplaatst. In het kader van dit onderzoek willen we de waarde van deze twee sturingsmodellen voor verschillende typen problemen verkennen. Controleren en leren onderzoeken we als verschillende repertoires die door managers, bestuurders en toezichthouders kunnen worden ingezet al naar gelang het probleem dat zich voordoet. Dit laatste - al naar gelang het probleem zich voordoet - is cruciaal.

Ter verduidelijking geven we twee voorbeelden. Het eerste voorbeeld gaat over de zorg voor ouderen. In het kader van de evaluatie van ‘Zorg voor Beter’ is gebleken dat de verschillende onderwerpen die in dit programma aan de orde zijn, nopen tot verschillende besturingstijlen. Zo kunnen risico's waarvoor veel evidentie bestaat en waarvoor de maatregelen ter voorkoming van de schade bekend zijn, zoals decubitus, op een meer directieve en normerende manier worden aangestuurd dan projecten waarvoor dit niet het geval is, zoals preventie seksueel misbruik, waarvoor bestuurders juist een veilige en reflexieve sfeer moeten helpen creëren. Een directieve en normerende manier van risicomanagement past bij risico's die al opgenomen zijn in een programma voor de verspreiding van 'best practices'. Als de evidentie ontbreekt en/of er geen consensus bestaat over de waarden die in het geding zijn, is een andere vorm van sturing nodig. Bijvoorbeeld als gaat het om het vinden van de optimale balans tussen verschillende en soms tegenstrijdige doelstellingen en maatregelen. Valpreventie kan bijvoorbeeld leiden tot een verhoging van vrijheidsbeperkende maatregelen. Of omgang met probleemgedrag kan leiden tot extra separatie dan wel (onvrijwillige) medicatietoedieningen. In dergelijke gevallen zijn meer lerende vormen van sturing effectiever dan strikt normerende.

Het tweede voorbeeld komt uit de huisartsenzorg. In een recente studie naar patiëntveiligheid in de eerste lijn hebben we laten zien dat bij veilig incidenten melden opvallend veel administratieve incidenten worden gemeld (zoals het maken van een afspraak op een verkeerde tijd of het niet tijdig klaar zetten van de benodigde spullen voor een behandeling). Andere type incidenten zoals diagnosefouten of fouten bij het tijdig verwijzen van patiënten worden niet of nauwelijks gemeld (Vonk 2009; Zwart 2009). Uit interviews met de betrokken professionals blijkt dat diagnosefouten niet worden gezien als incidenten die eenvoudig geteld kunnen worden - ze zijn te zeer verweven met impliciete kennis en klinische ervaringen om geclassificeerd en geteld te kunnen worden. Voor het voorkomen en beheersen van dit type risico's is mogelijk een andere veiligheidsbenadering waarmee beter onzekerheid en onenigheid over de aard en de omvang van risico's kan worden verdisconteerd.

De theoretische basis voor ons onderzoek ontleen we aan het WRR rapport “Onzekere veiligheid” (WRR 2008). De WRR onderscheidt in dit rapport vier typen risico's: eenvoudige risico's, complexe risico's, onzekere risico's en ambigue risico's. Het eerste type risico is 'eenvoudig' omdat de kans en de omvang van de schade bekend is. Met andere woorden, eenvoudige risico's kunnen berekend worden door de kans op de schade te vermenigvuldigen met de omvang ervan. Bij complexe risico's is een berekening lastiger te maken omdat de kans en de omvang van de schade wel bekend zijn, maar niet de interveniërende factoren die de uitkomst van de som beïnvloeden. Onzekere risico's zijn de risico's die we onvoldoende kennen of kunnen kennen. Er is onvoldoende kennis over de kans op, de aard van en de omvang van de schade. Dan wel de kennis is tegenstrijdig. Bij ambigue risico's is er naast onbekendheid ook onenigheid bij de betrokkenen over de beoordeling van de risico's, in het bijzonder over de afweging van waarden die in het geding zijn.

Volgens de WRR is de klassieke benadering van veiligheid – waarin het accent ligt op het berekenen van de kans en de omvang van de schade, op basis waarvan maatregelen worden genomen ter voorkoming van de schade - geschikt voor het voorkomen en beheersen van eenvoudige en complexe risico's. Voor het voorkomen en beheersen van onzekere en ambigue risico's is volgens de WRR een nieuwe veiligheidsbenadering nodig die beter in staat is om onzekerheid en onenigheid over de aard en de omvang van risico's te verdisconteren. Bijvoorbeeld door het vroeg signaleren van diffuse gegevens over mogelijke schade (soft signals) en het betrekken van verschillende stakeholders bij het definiëren van risico's (articulatie van problemen) (WRR 2008).

Een vergelijkbaar onderscheid wordt in de literatuur gemaakt tussen de noties van gevaar en risico. Beide begrippen verwijzen naar schade. Daar waar een gevaar als een onvermijdelijk gegeven wordt beschouwd (vergelijkbaar met het lot), impliceert de notie van een risico dat de kans op een incident of de schade die door het incident wordt veroorzaakt kan worden verkleind (Hacking 1990; Van Asselt 2008). Het onderscheid tussen de notie van 'gevaar' en 'risico' is lange tijd geduid als een onderscheid tussen onzekerheid en zekerheid, of beter gezegd het ontbreken dan wel bestaan van kennis over de problemen. Juist dat laatste onderscheid wordt geproblematiseerd in het huidige debat over risico's en risicomanagement. Naast 'zekere' risico's zijn er ook 'onzekere' risico's. Zoals gezegd, weten we bij onzekere risico's dat er gevaar is maar ontbreekt het wetenschappelijk bewijs er voor. We weten dat mot in de maatschap een gevaar is voor de kwaliteit van zorg, maar wetenschappelijk is nog niet bewezen dat geruzie over inkomen een bedreiging is voor de kwaliteit van medisch handelen. De mogelijk effecten van geruzie over inkomen voor de kwaliteit van de zorg worden niet onderzocht. Bij onzekere risico's gaat het echter niet alleen over het ontbreken van wetenschappelijk bewijs. Vanwege de complexiteit van de problematiek kan onderzoek onzekerheid niet in alle gevallen wegnemen. Daarbij kunnen tegenstrijdige onderzoekresultaten de oorzaak zijn van onzekerheid over risico's. Meer kennis betekent dus niet vanzelfsprekend meer zekerheid. Onzekerheden kunnen ook niet in alle gevallen worden weggenomen door verder onderzoek of meer overleg over de beoordeling van de risico's. Sommige onzekerheden zullen niet verdwijnen. Er is in die gevallen sprake van radicale onzekerheid. Met andere woorden, onzekerheid is een inherent onderdeel van risico's en risicomanagement (Van Asselt 2008). Zonder dit inzicht, bestaat het risico dat veiligheidsinitiatieven leiden tot onveilige zekerheid. Als de relatie tussen onzekerheid en risico's onvoldoende wordt erkend, ontstaat een zogenaamde risicoparadox (Van Asselt 2008). De ervaren onzekerheid resulteert in een toenemende vraag naar wetenschappelijk onderzoek om die onzekerheid weg te nemen. Daarbij staat het pessimisme over wat wetenschappelijk onderzoek heeft bereikt, naast een groot optimisme

over het geen wetenschappelijk onderzoek zou kunnen bereiken. Mogelijk geldt hetzelfde voor toezicht. Het pessimisme over wat met toezicht is bereikt staat haaks op het optimisme over wat met toezicht bereikt zou kunnen worden.

Een belangrijke vraag is of de aard van de risico's objectief kan worden vast gesteld. Dat wil zeggen: is een risico inherent eenvoudig dan wel ambigue, of wordt een risico tot een bepaald type risico gemaakt. Een belangrijke aanname in ons onderzoek is dat de zekerheid of de onzekerheid van een risico niet bij voorbaat vast staat, maar dat dit het resultaat is van een proces (of beter gezegd praktijken of netwerken). Wij gaan in het onderzoek van het laatste uit: een risico is geen eenvoudig risico, maar wordt tot een eenvoudig risico gemaakt. Idem voor de andere typen risico's. Dit is echter geen kwestie van definitie of macht. De articulatie van de aard van een risico omvat veel meer dan overleg of het bereiken van consensus. De articulatie van een risico als eenvoudig, complex, onzeker of ambigue vindt plaats binnen een specifieke institutionele context en is onlosmakelijk verbonden met zowel de materiële setting waarin het probleem zich voordoet als met bepaalde kenmerken van het probleem. Om te begrijpen hoe de preventie van decubitus is geworden tot een eenvoudig risico, moeten we oog hebben voor de rol van de inspectie, de professionalisering van verzorgenden, de specifieke opzet van het programma "Zorg voor Beter, de bedden in een ziekenhuis, etc.

Onze veronderstelling is dat in het huidige maatschappelijke klimaat bestuurders en professionals gestimuleerd worden om risico's te definiëren als eenvoudige risico's. Als zij daarin slagen, kunnen zij transparant en directief ingrijpen. Sommige risico's laten zich niet definiëren tot een eenvoudig risico bijvoorbeeld omdat de kennisinfrastructuur ontbreekt of diverse normen op het spel staan. Andere aanvankelijk als eenvoudig gedefinieerde risico's worden onverwacht geproblematiseerd door een groep professionals, patiënten of door nieuwe onderzoeksresultaten. Binnen het huidige maatschappelijke debat is weinig ruimte voor fouten. Dit gecombineerd met de specifieke richting waarin het wetenschappelijk onderzoek zich heeft ontwikkeld en infrastructuur die is opgezet om de resultaten van wetenschappelijk onderzoek te implementeren, geeft weinig ruimte om onzekerheid en ambiguïteit van risico's te articuleren. Daarbij bestaat het risico dat verkeerde problemen worden opgelost. Er wordt incidenten gemeld, maar de meldingen gaan niet over het medische handelen en de ernstige incidenten. Fouten in medisch handelen worden door meldsystemen tot eenvoudige (want systeem-) risico's gemaakt, en verdwijnen daarmee uit het zicht van het meldsysteem.

Methodologische verantwoording

Het onderzoek is uitgevoerd in de periode tussen maart 2009 en oktober 2009. De algemene doelstelling van de voorstudie was: het leveren van een overzicht van bestaande kennis en het identificeren van lacunes in kennis over de verbetering én verankering van patiëntveiligheid op strategisch/bestuurlijk niveau. De algemene doelstelling hebben we geoperationaliseerd in drie subdoelstellingen:

Het bieden van een overzicht van de literatuur over de rol van managers, bestuurders en leden van de Raad van Bestuur bij de verbetering van patiëntveiligheid in de cure, de care, de eerste, tweede en derde lijnsgezondheidszorg.

Het bieden van een overzicht van de activiteiten van managers, bestuurders en leden van de Raad van Toezicht in de cure, de care, de eerste, tweede en derde lijnsgezondheidszorg.

De inventarisatie van ervaringen van management en bestuurders bij de verbetering van patiëntveiligheid in de cure, de care, de eerste, tweede en derde lijnsgezondheidszorg.

Het onderzoek bestond uit drie deelstudies:

- Een literatuurstudie

Er is een literatuuronderzoek uitgevoerd naar de rol van managers, bestuurders en leden van de Raad van Toezicht bij de verbetering van patiëntveiligheid. Daarbij hebben we niet gekozen voor een klassiek literatuuroverzicht waarin de studies op methodologische gronden worden beoordeeld, maar voor themagericht literatuuronderzoek. De meerwaarde van dit type literatuuroverzicht is het systematisch definiëren van relevante thema's aangaande de zorg voor patiëntveiligheid.

- Inventarisatie van activiteiten van bestuurders en managers ten behoeve van patiëntveiligheid

We hebben een overzicht gemaakt van de activiteiten en competenties van managers en bestuurders ten behoeve van de zorg voor patiëntveiligheid beschreven aan de hand van de programma's 'Sneller Beter', 'Zorg voor Beter' en 'Zorg om Veiligheid'.

- Inventarisatie van ervaringen van bestuurders met sturen op kwaliteit en veiligheid

We hebben groepsgesprekken met bestuurders gevoerd over hun ervaringen met het sturen op patiëntveiligheid. We hebben daarbij aangesloten bij bestaande intervisiegroepen van bestuurders. Deze groepen bestaan al lang en de deelnemers kennen elkaar goed en zijn gewend kwesties en dilemma's van hun bestuurszaak te bespreken. We hebben langs die weg bestuurders gesproken uit de V&V sector, de GGZ, de ziekenhuizen en de VGZ sector. Vragen die aan de orde zijn gekomen, zijn: welke dilemma's ondervinden zij bij het sturen op kwaliteit en veiligheid en hoe gaan zij met die dilemma's om? Hoe weten bestuurders of het goed zit? Hoe leggen zij verantwoording af? Wanneer grijpen zij in? Wanneer maken zij de stap naar de Raad van Toezicht en wanneer naar de inspectie?

Daarnaast hebben we samengewerkt met Twynstra Gudde die in opdracht van IGZ een meervoudige casestudie heeft uitgevoerd naar het sturen op kwaliteit en veiligheid. Twynstra Gudde heeft in totaal 14 zorginstellingen in verschillende sectoren onderzocht. In een serie gesprekken zijn per instelling de rollen en verantwoordelijkheden van professionals, bestuurders en toezichthouders bij (het sturen op) kwaliteit en veiligheid van zorg in kaart gebracht. Onderdeel van het onderzoek van Twynstra Gudde was een expertmeeting en een consultatieronde met bestuurders in de zorg. Wij hebben aan beide bijeenkomsten deelgenomen. Enerzijds om aanvullende gegevens te verzamelen. Anderzijds om de bevindingen van onze studie te verifiëren.

Het conceptrapport is ter verificatie voorgelegd aan experts met diverse achtergronden: medische professionals, bestuurders, beleidsmakers, onderzoekers en veiligheidskundigen.

Opzet van het rapport

De opzet van het rapport is als volgt. In het eerste hoofdstuk geven we een plaatsbepaling van het thema patiëntveiligheid aan de hand van twee kwesties die in debat over veiligheid in de zorg aan de orde zijn gesteld. De eerste kwestie betreft de definitie en de bijbehorende norm: wat bedoelen we met patiëntveiligheid? En wanneer is een zorginstelling bijvoorbeeld veilig? Ons doel is niet de operationalisering van patiëntveiligheid, maar juist het beschrijven van de meervoudigheid van de begrippen kwaliteit en veiligheid. De operationalisering heeft tot doel om te komen tot een eenduidig begrip. Het probleem is echter juist dat kwaliteit en

veiligheid geen eenduidige begrippen zijn. Een belangrijke vraag is dan ook hoe om te gaan met de meervoudigheid van deze begrippen.

De tweede kwestie betreft de beoordeling: hoe weten we dat het veilig is? Centraal staat hierbij het onderscheid tussen controleren en leren. Zoals gezegd is in het huidige een maatschappelijk klimaat minder plaats voor de acceptatie van fouten of vergissingen, wat zich vertaalt in institutionele verdichting van de controle op veiligheid. Een belangrijke vraag is of deze controlerende aanpak een passend antwoord biedt op de veiligheidsrisico's in de zorg.

In de volgende hoofdstukken gaan we aan de hand van de resultaten van de literatuur in op het onderzoek naar patiëntveiligheid en naar de professionalisering van bestuur. In beide hoofdstukken onderzoeken we de feitelijke en wenselijke incentives voor de definitie van de aard van de risico's (als eenvoudig, complex, ambigue of onzeker) en voor de keuze voor de sturingsmodellen controleren en/of leren. In hoofdstuk 2 laten we zien hoe de conceptualisering van patiëntveiligheid in de wetenschappelijke literatuur bepalend is voor de wijze waarop bestuurders met patiëntveiligheid omgaan. En hoe zij vorm en sturing geven aan het beleid binnen hun eigen zorginstelling. In hoofdstuk 3 schetsen we het contrast tussen de huidige maatregelen die gericht zijn op een sluitend systeem waarin verantwoordelijkheden helder zijn vast gelegd en de realiteit van het ontbreken van een sluitend systeem die bestuurders de noodzakelijke ruimte biedt om te bewegen tussen de lagen van de organisatie. Tot slot komen we tot een onderzoeksagenda waarin we de volgende vier onderzoeksthema's bespreken: de relatie professional bestuur, werking van instrumenten in complexe contexten, veiligheidprocessen en de betekenisgeving van patiëntveiligheid.

3. Sturen op veiligheid

Probleemschets

Patiëntveiligheid is niet meer weg te denken uit het publieke debat over de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg. De media laten zich in dit opzicht niet onbetuigd en publiceren regelmatig over vermeende of reële klachten over gebrek aan veiligheid. Kenmerkend voor het huidige debat is de publieke en daarmee politieke aandacht voor incidenten die als indicatie worden aangemerkt voor de veiligheidssituatie van de hele sector. In Nederland zijn 'het Radboud', op de voet gevolgd door het overlijden van een patiënt in een separeercel van één van de Amsterdamse GGZ -instellingen, exemplarische casussen geworden en tot op zekere hoogte beeldbepalend voor de discussie over patiëntveiligheid. Zowel de Minister als de Staatssecretaris worden met regelmaat naar de kamer geroepen om tekst en uitleg te geven over het gevoerde beleid maar vooral ook over de aanpak van 'misstanden' of incidenten, of over berichten over falende ziekenhuizen of onveilige GGZ-instellingen. De IGZ wordt meer dan ooit tevoren aangesproken als hoeder van de patiëntveiligheid in de Nederlandse zorginstellingen. In landen om ons heen is het niet anders. Zie bijvoorbeeld de grote publieke aandacht voor de Bristol Royal Infirmary en de Shipman casus in Engeland.

In het huidige maatschappelijk klimaat lijkt steeds minder plaats is voor de acceptatie van fouten of vergissingen (Power 2008; Scott 1998; WRR 2008). 'Zero risk tolerance' zien we in verschillende sectoren terug (industriële veiligheid, politie, welzijn). Het vertaalt zich in een politieke vraag naar meer regels en procedures en een verdere institutionele verdichting van toezichthoudende en veiligheidsbevorderende instanties (WRR 2008). Illustratief voor dat laatste is: de IGZ die handhavinginstrumenten wil uitbreiden, de Onderzoeksraad voor Veiligheid die ook de zorg tot zijn domein is gaan rekenen, een nieuwe regieraad met de opdracht om de 'compliance' aan die richtlijnen te vergroten en daarmee ook de veiligheid te bevorderen. Deze institutionele verdichting leidt niet alleen tot meer bestuurlijke drukte maar ook tot hoge verwachtingen van publiek (en politiek) ten aanzien van de te realiseren mate van veiligheid (Power 2008; WRR 2008).

Een belangrijke en actuele vraag gaat over sturing op kwaliteit en veiligheid. Het is vooral een vraag naar de rol van bestuurders, interne toezichthouders en de interne organisatie (managers en professionals) bij het verbeteren en borgen van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Ook wel samengevat als de 'governance' van patiëntveiligheid. Aan de hand van twee voorbeelden schetsen we de contouren van de probleemarticulatie. De voorbeelden zijn de hoge mortaliteit bij hartchirurgie in het Nijmeegse UMC St Radboud en het overlijden van een patiënt in een separeercel in de psychiatrische kliniek SPDC Oost (Arkin) te Amsterdam. In beide voorbeelden is, zo werd gezegd, sprake van een tekortschietend zorgproces, waarbij het niet zo zeer ging om het individuele medische handelen als wel om de samenwerking in de keten.

Uit de analyse van beide casus kwamen drie problemen naar voren:

- Protocollen over ketenzorg ontbraken.
- Verantwoordelijkheden waren onvoldoende vastgelegd.
- Beschikbare gegevens werden onvoldoende geanalyseerd.

Het ging in de discussie over de kwaliteit van de zorg niet alleen om problemen in het primaire proces, maar ook om het bestuurlijk handelen. Professionals zouden zich onvoldoende hebben gezet om de kwaliteit en de veiligheid van de zorg systematisch te bewaken en te verbeteren. Door het ontbreken van centrale sturing en intern toezicht werd dat niet zichtbaar. Het bestuur, zo werd gezegd, richtte zich vooral op externe risico's voor de het primaire proces (concurrentie van andere instellingen, mogelijk effecten van nieuwe overheidsmaatregelen, bezuinigingen). Een analyse van risico's in het primaire proces zou ontbreken waardoor de effecten van bijvoorbeeld bezuinigingen, inzet van tijdelijk personeel, onderlinge conflicten over geld op de kwaliteit van de zorg onbesproken bleven. Ook werd er vertrouwd op de kwaliteitssystemen zonder dat werd gekeken naar de praktijk van alledag. Veel betrokkenen zeiden achteraf dat zij zagen hoe het mis ging.

In de afgelopen periode is een reeks van rapporten verschenen waarin bovenstaande problematiek wordt geduid (Willems 2004; De Onderzoeksraad voor de Veiligheid 2008, De Algemene Rekenkamer 2009; RVZ 2009). Het probleem wordt vooral geduid als een sturingsprobleem. Er ontbreekt, zo wordt algemeen verondersteld, een centrale aansturing op patiëntveiligheid (De onderzoeksraad voor Veiligheid 2008; Klink & Bussemaker 2009). Enerzijds omdat bestuurders nog onvoldoende zijn geoutilleerd om patiëntveiligheid goed neer te kunnen zetten in hun organisatie (De Onderzoeksraad voor Veiligheid 2008). Anderzijds omdat de verantwoordelijkheidsverdeling tussen bestuur en professionals - of breder tussen de raad van toezicht, bestuur, management en professionals - nog onvoldoende helder is (Algemene Rekenkamer 2009; RVZ 2009). Het systeem van interne governance zou onvoldoende functioneren, dat wil zeggen het bestuur spreekt managers en professionals onvoldoende aan op de resultaten van hun werk, ze stellen hen onvoldoende verantwoordelijk voor de prestaties (RVZ 2009). Bestuurders grijpen onvoldoende snel of onvoldoende hard in om tegenvallende prestaties of onveilige situaties te corrigeren (De Onderzoeksraad voor Veiligheid 2008). Het bestuur zou medewerkers kortom aan striktere regels rondom kwaliteit en veiligheid moeten binden (RVZ 2009). Zowel de onderzoeksraad voor de veiligheid als de Algemene Rekenkamer concluderen dat de Kwaliteitswet uit 1996 waarin de eindverantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur is vast gelegd, feitelijk nog niet is geïmplementeerd (Algemene Rekenkamer 2009, De onderzoeksraad voor Veiligheid 2008)

Een (op basis van ware gebeurtenissen geconstrueerd) voorbeeld uit de ziekenhuiszorg kan illustreren hoeveel beslissingen er worden genomen en hoe groot partijen van elkaar afhankelijk zijn om het goede te doen.

Een van de chirurgen van een grote maatschap van een algemeen ziekenhuis in Nederland voert specifieke operaties die tot meer complicaties leiden dan gemiddeld. Naar het oordeel van de collegae neemt hij te veel risico's bij operaties.

Beslissing: collega aanspreken of niet aanspreken? Zij vinden dat hij zijn beleid moet aanpassen. Uit de registraties die worden bijgehouden in het ziekenhuis blijkt dat hij zijn handelwijze niet aanpast en dat er incidenten zijn.

Maatschapsleden geven nog een waarschuwing. Verpleegkundigen voelen zich in toenemende mate ongemakkelijk.

Beslissing: melden of niet melden?

Informatie: is er informatie beschikbaar op basis waarvan het management vragen kan stellen of het onderzoek kan laten uitvoeren?

Uiteindelijk beslissen twee van de maatschapsleden dat zij de Raad van Bestuur informeren over de situatie.

Beslissing: onderzoek instellen, chirurg aanspreken?

De Raad van Bestuur laat een onderzoek instellen en roept de hulp in van een gerenommeerde gepensioneerde chirurg. De chirurg wordt aangesproken. Dit leidt tot een conflict binnen de maatschap. Het resultaat van het onderzoek is negatief. De chirurg werkt – op basis van de onderzochte gevallen - niet veilig en houdt zich niet voldoende aan de kwaliteitsvoorschriften.

Beslissing: uitgebreid onderzoek instellen, bij inspectie melden, Raad van Toezicht informeren. Toelatingsovereenkomst beëindigen?

De Raad van Bestuur beoordeelt de situatie als zeer ernstig en informeert de Inspectie. De Inspectie stelt een breed onderzoek in. De Raad van Toezicht wordt vertrouwelijk geïnformeerd. Chirurg vertrekt uit eigen beweging en zet zijn praktijk in het buitenland voort.

Beslissing: bekendheid geven aan resultaten onderzoek, verder informeren Raad van Toezicht, informeren van patiënten en actief informeren Raad van Toezicht?

Resultaten worden uitgebreid met maatschap besproken, de inspectie maakt rapport op. De Raad van Toezicht wordt verder op de hoogte gebracht en vergewist zich ervan samen met de Raad van Bestuur of alles is gedaan wat nodig is. Het rapport van de inspectie wordt besproken. Patiënten worden een voor een ingelicht.

De huidige maatregelen zijn erop gericht om de verantwoordelijkheid en de taken van de Raad van Toezicht en het bestuur c.q. bestuur en professionals in balans te brengen en om een sluitend systeem te creëren (RVZ 2009, De Algemene Rekenkamer; Klink & Bussemaker 2009). De meervoudigheid van bestuur maakt het lastig om de verantwoordelijkheden helder uiteen te rafelen (Putters, 2009). Zorgorganisaties als ziekenhuizen en thuiszorginstellingen laten zich niet omschrijven als een publieke organisatie noch als een private organisatie. Het zijn hybride organisaties (Cornelissen 2007). Zorginstellingen zijn private organisaties die publieke taken uitvoeren. De hybriditeit is niet nieuw, maar met de invoering van de marktwerking is de spanning tussen de private, publieke en professionele governance toegenomen (Putters 2006; Putters 2006). Met de invoering van marktwerking wil de overheid zorgorganisaties meer ruimte geven om de zorg te organiseren. Tegelijkertijd is het vergroten van de autonomie van zorgorganisaties gebonden aan een uitgebreidere verantwoordingsplicht (Bal 2008). Marktwerking gaat samen met regulering, krachtig samengevat in de term gereguleerde concurrentie. Er zijn dan ook grote verschillen van opvatting over de vraag wie waar over gaat en meer specifiek wie wel of niet aansprakelijk is en op welke gronden. Bij de problemen van de

IJsselmeerziekenhuizen is expliciet de vraag aan de orde geweest of de Raad van Toezicht niet medeverantwoordelijk is voor de falende patiëntveiligheid die daar door de IGZ is vastgesteld.

Om de onderscheiden verantwoordelijkheden waar te maken dienen de wederzijdse afhankelijkheden tussen partijen te worden erkend (Meurs 2008). De Raad van Bestuur is weliswaar eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg, maar deelt die verantwoordelijkheid met professionals. Een belangrijke vraag is dan ook of er sprake is van voldoende reciprociteit: waar partijen elkaar op kunnen aanspreken en zijn er voldoende instrumenten beschikbaar om de onderscheiden en gezamenlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid ook waar te maken? Verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid kan pas goed worden waargemaakt op de verschillende niveaus als betrokkenen elkaar aanspreken en informeren als de norm wordt overschreven. Behalve de juridische relatie is het daarom van belang te kijken naar de materiële afspraken die zijn gemaakt. Denk aan het gebruik van visitaties, het versneld aanvragen van visitatie, het medisch beleidsplan en daaruit voortvloeiende taakstellingen en afspraken. Het werken aan patiëntveiligheid is een zaak van 'vele handen' en hangt vooral van het beleid van een organisatie af. Hoe krijgen verbetering en borging van kwaliteit in de relatie tussen professionals en organisatie vorm?

Daarbij is het de vraag of een sluitend systeem de oplossingen brengt die worden verwacht. In de gezondheidszorg is onderzoek gedaan naar de werking van regels, procedures en andere formele systemen zoals informatietechnologie (Pirnejad 2008; Van Ash 2004). Dit onderzoek maakt zichtbaar welk extra werk nodig is om formele systemen en procedures onderdeel te maken van zorgwerk. Het onderliggende probleem is dat veel formele systemen (protocollen, informatietechnologie) zijn ontwikkeld op basis van aannames over de aard van zorgwerk die zijn ontleend uit handboeken, en niet uit de praktijk van alledag (Berg 2003; Berg, 1997). Met andere woorden, de systemen sluiten onvoldoende aan bij de praktijk van alledag. Invoering van het systeem vraagt dan ook om zowel aanpassing van het werk als aanpassing van het systeem.

Wat is patiëntveiligheid?

Over de relatie tussen kwaliteit en veiligheid bestaat discussie. Veiligheid is te beschouwen als een van de dimensies van kwaliteit (Committee on Quality of Health Care in America 2001). Kwaliteit gaat naast veiligheid ook over effectiviteit, tijdigheid, doelmatigheid, patiëntgerichtheid en een gelijke verdeling van zorg naar behoefte². Sommigen zien veiligheid als de minimale voorwaarde voor kwaliteit. "Achieving a high level of safety is an

² Dit zijn de zes dimensies van kwaliteit zoals deze zijn geformuleerd door het Institute of Medicine in de VS in het baanbrekende rapport: "Crossing the Quality Chasm" (2001). Deze zes dimensies zijn inmiddels internationaal geaccepteerd.

essential first step in improving the quality of care overall” (Committee on Quality of Health Care in America 2001). Zonder veiligheid, geen kwaliteit. “Care cannot be considered of high quality unless it is safe” (Moss & Barach 2002). Veiligheid is daarmee een noodzakelijke maar niet een voldoende voorwaarde voor kwaliteit. Sommigen verzochten dat de verhoogde aandacht voor veiligheid het zicht ontnemt op het belang van een integraal kwaliteitsbeleid en dat daarmee uitsluitend de ‘darkside of quality’ wordt belicht (Vincent 1997; Waring 2007). Veiligheid zou dan vooral te maken hebben met het voorkomen van (medische) fouten en missers. Veiligheid is juist een onderdeel van integrale kwaliteit. Veiligheid gaat over veel meer zaken van het voorkomen van missers en fouten. In dit stuk spreken we over kwaliteit en veiligheid. Daarmee willen we benadrukken dat veiligheid de focus is van deze studie, maar dat we veiligheid niet los zien van kwaliteit.

De kwaliteit van de zorg die de patiënt/cliënt ontvangt (het primaire proces), wordt bepaald door drie essentiële aspecten. Deze drie aspecten zijn:

1. Professionele kwaliteit: De professionele kwaliteit wordt bepaald door de competentie (opleiding, ervaring, vaardigheid) van de professional. Dit kwaliteitsaspect wordt bevorderd/bewaakt door het landelijk georganiseerde professionele kwaliteitsstelsel, dat per discipline/vakgroep wordt ingevuld: nascholing, richtlijnontwikkeling, visitatie, complicatieregistraties, enz.
2. Organisatorische kwaliteit: Hierbij gaat het vooral om het zorgproces. Organisatorische kwaliteit wordt bepaald door de bedrijfsvoering (de visie van de organisatie op zorg, de doelstellingen en jaarplannen en andere schriftelijke afspraken). Deze aspecten van kwaliteit worden bevorderd/bewaakt door het kwaliteitssysteem van de zorginstelling.
3. Relationale kwaliteit: Hierbij gaat het vooral om patiëntgerichtheid, bejegening, informatie en communicatie, medebeslissingsrecht van de patiënt, enz. Dit aspect is nog weinig terug te vinden in de huidige kwaliteitssystemen.

De driedeling in noties van kwaliteit maakt helder dat om de veiligheid te verbeteren en te borgen er verschillende maatregelen op verschillende niveaus nodig zijn.

De huidige inspanningen om de kwaliteit te verhogen zijn vooral gericht op professionele kwaliteit. Meer evidence based werken, het introduceren – en bij voorkeur afdwingen van richtlijnen (De Leeuw, Veenhof, Wagner, et al. 2008; Wagner, Van der Wal, & Tuijn 2005). Na de publicatie van de rapporten van het Institute of Medicine “To Err is Human” en “The quality Chasm”, heeft de organisatorische kwaliteit van zorg meer aandacht gekregen, ook in Nederland (Committee on Quality of Health Care in America 2001). Centraal staat het zorgproces, of beter gezegd de organisatie van het zorgproces met behulp van ketenprotocollen, jaarplannen, doelstellingen. Een recente loot aan deze stam is het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). In publicaties over en voorstellen voor de introductie van een EPD wordt gesteld dat hierdoor het aantal fouten zal afnemen, de coördinatie en afstemming zullen toenemen, en de behandelaar altijd zal beschikken over de juiste informatie (Chaudhry, Wang, Wu, et al. 2006; Parente & McCullough 2009). De zorg zal hierdoor beter en veiliger worden. Bij een papieren dossier is dat – zo luidt de redenering van de voorstanders van een EPD – niet het geval. Los van het feit dat er geen evidentie beschikbaar is om deze stelling te onderbouwen (De Mul, Adams, & de Bont), is er nog relatief weinig aandacht voor de nieuwe fouten die door nieuwe regels en systemen worden geproduceerd (Balka, Kahnamoui, & Nutland 2007; Koppel, Metlay, Cohen, et al. 2005).

Een ander voorbeeld is het veiligheidsmanagementsysteem (VMS). In 2005 verplichtte voormalig Minister Hoogervorst ieder ziekenhuis vóór 1 januari 2008 een werkend VMS te

hebben. Aanleiding was de publicatie van het rapport “Hier werk je veilig of hier werk je niet” (Willems 2004). In het rapport formuleerde Willems vier aanbevelingen voor de zorg:

- Voer in alle ziekenhuizen een veiligheidsmanagement systeem in;
- Maak ziekenhuisdirecties eindverantwoordelijk voor veiligheid
- Laat zorgverzekeraars ook op kwaliteit en veiligheid inkopen
- De overheid moet daadkracht en verantwoordelijkheid aantonen (Willems 2004)

Ziekenhuizen zochten partnerships met industriële bedrijven in andere sectoren, zoals de petrochemie en de luchtvaart. Zo werden Shell, DSM, Akzo, KLM, etc. bij patiëntveiligheid betrokken als voorbeelden van de mogelijkheden om hoge veiligheidsrisico's te 'managen' (Wagner, Van der Wal, & Tuijn 2005; Willems 2004). In eerste instantie hebben tien ziekenhuizen in het kader van het programma VMSzorg gezamenlijk een aantal onderdelen van een dergelijk VMS vormgegeven waaronder de ontwikkeling van meldsystemen voor incidenten in de zorg (Zie www.vmszorg.nl). Hun aantal is uitgebreid tot 85.

Zoals gezegd is relationele kwaliteit nog weinig terug te vinden in de huidige kwaliteitsystemen (Kenney; Van Pelt 2005). In de Amerikaanse gezondheidszorg is in reactie op het toenemende aantal claims een actief beleid gevoerd om open te spreken over fouten in de gezondheidszorg – het zogenoemde ‘Open Disclosure policy’ (Iedema, Jorm, Wakefield, Ryan, & Dunn 2008). Naast het voorkomen van rechtszaken, is het doel van de ‘open disclosure’ ook de samenwerking of beter gezegd het ‘partnership’ tussen professionals en patiënten te verbeteren. Dat procesmatige en kleine incidenten gemakkelijker worden gemeld dan medische en/of ernstige incidenten, heeft mogelijk te maken met het onvoldoende erkennen van het relationele en emotionele aspect van het melden van incidenten (Zwart, 2009). “Given the emotional nature of health care work generally and the affective impact of failure on patients and on health care staff themselves, referring only to organizational factors is likely to run into problems, both because the victim of harm may feel short-changed, and because it prevents the clinicians from apologizing in ways that connect them on an affective level to those involved in the incident and to its consequences” (Iedema, Jorm, Wakefield, et al. 2008).

Deze studie gaat over zowel over professionele, organisatorische als relationele kwaliteit. Het is een uitdrukkelijke keuze om de studie niet te beperken tot de organisatorische en de relationele kwaliteit. De professionele kwaliteit die voor een belangrijk deel wordt bepaald door de professional blijft NIET buiten beschouwing. Een dergelijke scheiding van verantwoordelijkheden volgens de drie genoemde dimensies van kwaliteit ontkent de wederzijdse afhankelijkheden (zie 1.1). Zoals gezegd is veiligheid en kwaliteit een zaak van vele handen. Terwijl de professionals voor goede kwaliteit zorgen, zijn managers, bestuurders en toezichhouders verantwoordelijk dat goede kwaliteit ook geleverd kan worden. Ze zijn verantwoordelijk voor de randvoorwaarden voor de professionele, organisatorische en relationele kwaliteit.

Hoe weten we of het veilig is?

Er is veel aandacht voor incidenten in de zorg. Die aandacht vertaalt zich in meer regels, procedures en meer instanties die de kwaliteit en veiligheid van de zorg controleren (zie 1.1). Veiligheid wordt vooral gewaarborgd door regels, procedures en systemen (De Leeuw, J.R.J. 2008). De centrale vraag is een organisatie ‘in control’ is (De Onderzoeksraad voor Veiligheid 2008). In control betekent: “het resultaat van de zorg is beheerst” (De Onderzoeksraad voor Veiligheid 2008, p.11) De vraag of een zorginstelling, een afdeling of

een professional veilig is/veilig werkt, wordt bijvoorbeeld beantwoord aan de hand van indicatoren en de periodieke meetresultaten. Een NIAZ accreditatie in de ziekenhuizen bijvoorbeeld, geeft een oordeel over de mate waarin aan eisen van organisatorische veiligheid is voldaan. Als het resultaat niet voldoet aan de norm vindt correctie plaats en desnoods sanctie. Die sancties kunnen van binnenuit worden uitgevaardigd (ontslag bijvoorbeeld) of van buitenaf (sluiting van de afdeling door de Minister).

De aandacht – gegeven de verschillende incidenten – is komen te liggen op ontoelaatbare fouten en de noodzaak om tijdig maatregelen te treffen. Patiëntveiligheid wordt dan ook beschouwd als een resultaat, een uitkomst. Als de uitkomst centraal staat, zijn indicatoren van groot belang en dient er overeenstemming te zijn over de norm die aan indicatoren ten grondslag ligt (Hollnagel, Woods, & Leveson 2006; WRR 2005). Dit gaat ten koste van het belang en de noodzaak van continue investeringen in en verbeteringen van kwaliteit en veiligheid. Behalve als uitkomst is veiligheid ook te beschouwen als proces, waar continu aan gewerkt moet worden. Het is nooit af en het vergt permanente alertheid (Hollnagel, Woods, & Leveson, 2006). Vanuit dit perspectief is de vraag: hoe weten we of het veilig is, niet zonder meer te beantwoorden. Immers veiligheid is niet een toestand (veilig of niet) maar een resultaat van heel veel werk. Werk dat nooit af is. Als vanuit dit perspectief aan veiligheid wordt gewerkt is er niet zozeer sprake van een eenduidige uitkomst wel of niet veilig. De beoordeling van veiligheid of onveiligheid gaat via de route van de processen, de procedures, het aanspreken van mensen.

In deze benadering is het werkklimaat binnen de organisatie cruciaal: is er sprake van een open klimaat waarin medewerkers en professionals elkaar aanspreken, waar fouten ook gezien worden als mogelijkheden om te leren, waar sprake is van een veilige werkomgeving (in de psychologische zin van het woord) om fouten en incidenten te bespreken en waar feedbackmechanismen voortdurend worden uitgebreid en verbeterd (Benn, Koutantji, Wallace, et al. 2009; Connor, Duncombe, Barclay, et al. 2007; WRR 2005). Er worden uiteraard wel metingen gedaan, maar de uitkomst wordt primair gebruikt als indicator om te verbeteren en minder als een beoordeling van een eindtoestand³. Er wordt vooral gewezen op impliciete processen om de noodzakelijke alertheid en veiligheid in de praktijk van alledag te realiseren

De beide benaderingen, te weten corrigeren en sanctioneren (dan wel “goed-slecht paradigma”) en leren en verbeteren in een veilige omgeving (ofwel “goed-beter paradigma”), worden veelal tegenover elkaar geplaatst. Ze kunnen elkaar belemmeren. Dat is

³ In de bestuurskundige literatuur wordt het inmiddels klassieke onderscheid gemaakt tussen indicatoren als ‘dials’ – die een goed/fout oordeel inhouden – en indicatoren als ‘tin openers’ – die de leerervaring benadrukken (Carter, Klein, & Day, 1992). Berg en Schellekens hebben het hier over ‘externe’ versus ‘interne’ indicatoren (Berg & Schellekens 2009)

voornamelijk het geval als onder de noemer van leren en verbeteren in feite een proces van beoordelen, corrigeren en sanctioneren plaatsvindt (WRR 2005). Hoewel het melden van incidenten is opgezet om te leren van incidenten, ervaren professionals de analyse van meldingen als controle (Vonk 2009). Daarbij speelt mogelijk mee dat er met het gebruik van een formele analysemethode zoals Prisma er een normatief kader is geïntroduceerd. Hoewel in de Prisma methode geen norm wordt gehanteerd over hoe vaak een bepaalde fout mag voorkomen, is het onderscheid dat gehanteerd wordt tussen technische, organisatorische en menselijke oorzaken wel degelijk normatief. Het staat vooraf vast welke overwegingen en gebeurtenissen worden overwogen en in welke volgorde.

De beide benaderingen kunnen elkaar ook versterken (Bovens, Schillemans, & 't Hart 2008; WRR 2005). Het leren en verbeteren wordt dan systematisch aangepakt om correcties te minimaliseren en sancties te voorkomen. Mesman heeft onderzoek verricht naar de impliciete en soms onzichtbare handelingen om zorg veiliger te maken. In plaats van de vraag te stellen hoeveel schade er in de zorg is, is het vanuit deze benadering dan interessant om te vragen hoe het komt dat er zoveel goed gaat en van daaruit te leren. Dit heeft Mesman 'exnovatie' genoemd (Mesman 2009). Vanuit dat perspectief kijkt Mesman kritisch naar het huidige onderzoek naar patiëntveiligheid. Dit onderzoek wordt volgens Mesman bepaald door een deficiëntiemodel. Het richt zich op wat er mis gaat, wat ontbreekt, waar regels niet gevolgd worden, etc. Het onderzoek van Mesman richt zich juist op wat er goed gaat. De veronderstelling is dat medische handelen niet veilig is. Daarmee blijft volgens haar onzichtbaar hoe in het dagelijkse werk de veiligheid van zorg wordt gerealiseerd. Hoewel de werking van systemen afhankelijk is van het vermogen van professionals om de regels anders te interpreteren en uit te voeren (Hollnagel, Woods, & Leveson, 2006; Mesman 2009).

Naar ons idee moet de oplossing van de tegenstelling tussen leren en controleren worden gezocht in de aard van de risico's. De sturingsmodellen en risico's dienen in hun onderlinge samenhang te worden onderzocht en in relatie gebracht tot specifieke vormen van risicomanagement. Het melden en analyseren van incidenten biedt een effectieve aanpak voor eenvoudige risico's. Daarbij is een belangrijk doel van de analyse van de incidenten het bepalen van de kans op en de omvang van de schade. Op basis van deze analyse wordt de ernst van een risico ingeschat en de overweging gemaakt of ingrijpen mogelijk is. Daarbij wordt verondersteld dat ingrijpen gelegitimeerd is en dat bekend is hoe de kans op het incident dan wel hoe de schade kan worden verkleind. Met andere woorden, het melden van incidenten veronderstelt dat er kennis en consensus is over wat een incident is en hoe te handelen. Voor onzekere en ambigue risico's hebben managers, bestuurders en toezichthouders de rol van intermediair die de betrokkenen ondersteunen bij het duiden van signalen en het komen tot consensus over de normatieve betekenis van een risico. Een bekende deliberatieve methode om risico's te signaleren in de zorg zijn de zogenaamde walkarounds (Shaw 2006). Walkarounds zijn wekelijkse bezoeken van een interdisciplinair team (artsen, verpleegkundigen, managers en bestuurders) aan afdelingen en organisatie. Het doel is om ter plekke de kwaliteit en de veiligheid van de zorg te onderzoeken waarbij uitdrukkelijk niet het doel is om consensus te bereiken over de mate van veiligheid en/of de oorzaken van een incident. Doel van de walkarounds is om een situatie vanuit zoveel mogelijk verschillende perspectieven te bespreken en om diffuse signalen en impliciete werkwijzen te bespreken. Een belangrijke conclusie is dan ook dat de verschillende benaderingen waardevol kunnen zijn op voorwaarde dat expliciet wordt gemaakt met welk oogmerk, welk instrument wordt ingezet.

Conclusies

Er ontbreekt, zo wordt algemeen verondersteld, een centrale aansturing op patiëntveiligheid (De Onderzoeksraad voor Veiligheid 2008; Klink & Bussemaker 2009). Enerzijds omdat de bestuurders de instrumenten niet hebben om patiëntveiligheid op organisatieniveau te kunnen verbeteren en te kunnen borgen. Anderzijds omdat de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de Raad van Toezicht, bestuur, management en professionals onvoldoende helder zou zijn. De huidige maatregelen zijn er dan ook op gericht om een sluitend systeem te creëren. De sturing op veiligheid lijkt te zijn geformuleerd als een eenvoudig probleem dat zich leent voor een controlerende en directieve aanpak. Vanuit die veronderstelling worden harde maatregelen verwacht: boetes, ontbinding van contracten, rechtelijke uitspraken.

Het ontbreken van sturing op patiëntveiligheid kan ook als een ambigue en onzeker probleem worden geduid. Het werken aan patiëntveiligheid, zo hebben we laten zien, is een zaak van 'vele handen'. Verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid kan ook alleen worden waargemaakt als de betrokkenen elkaar op de verschillende niveaus aanspreken en informeren als de norm wordt overschreven. Terwijl de professionals voor goede kwaliteit zorgen, zijn managers, bestuurders en toezichthouders verantwoordelijk dat goede kwaliteit ook geleverd kan worden. Ze zijn verantwoordelijk voor de randvoorwaarden voor de professionele, organisatorische en relationele kwaliteit. Veiligheid is te beschouwen als een van de dimensies van kwaliteit (Committee on Quality of Health Care in America 2001), of nog beter gezegd veiligheid is een integraal onderdeel van kwaliteit. Het is een uitdrukkelijke keuze om de studie – en het onderzoeksprogramma niet te beperken tot de organisatorische en de relationele kwaliteit. De professionele kwaliteit die voor een belangrijk deel wordt bepaald door de professional blijft NIET buiten beschouwing.

Er is veel aandacht voor incidenten in de zorg; veiligheid in enge zin. Die aandacht vertaalt zich in meer regels, procedures en meer instanties die de kwaliteit en veiligheid van de zorg controleren (zie 1.1). Daarmee wordt het probleem vereenvoudigd en dat heeft consequenties voor de afwegingen die worden gemaakt bij de beslissing welk sturingsmodel dominant wordt. De aandacht is komen te liggen op de ontoelaatbaarheid van fouten en dit is het resultaat van de focus op regels, procedures en systemen (De Leeuw 2008). Dit gaat ten koste van continue investeringen in en verbeteringen van kwaliteit en veiligheid (Hollnagel, Woods, & Leveson, et al. 2006). Dit heeft met name gevolgen voor problemen die zich niet laten articuleren als een eenvoudig probleem.

Het "goed-slecht paradigma" (controleren) en het "goed-beter paradigma" (leren) kunnen elkaar echter versterken (Bovens, Schillemans, & 't Hart 2008; WRR 2005). Normstelling en leren kunnen worden gezien als verschillende repertoires die kunnen worden ingezet al naar gelang de articulatie van de aard van de risico's. Het melden en analyseren van incidenten biedt een effectieve aanpak voor eenvoudige risico's. Voor het voorkomen en beheersen van risico's die als onzeker en/of ambigue worden geduid is een andere veiligheidsbenadering nodig. Voor dit type risico's hebben managers, bestuurders en toezichthouders de rol van intermediair die de betrokkenen ondersteunen bij het duiden van signalen en het komen tot consensus over de normatieve betekenis van een risico. Bij dergelijke risico's is het niet mogelijk om de kansen en de schade door experts te laten bepalen om vervolgens managers, bestuurders en toezichthouders passende maatregelen te laten nemen. Effectiever is het vroeg signaleren van mogelijke schade en het betrekken van verschillende stakeholders bij het definiëren van risico's (WRR 2008).

Mogelijk zijn de problemen bij de beheersing van eenvoudige risico's minder groot dan bij onzekere en ambigue risico's. Als het lukt om de complexiteit van een probleem te reduceren, wordt duidelijker hoe te handelen en hoe het handelen dient te worden beoordeeld. In die zin is de reductie van de complexiteit een aantrekkelijke optie voor bestuurders. Lukt het niet om de complexiteit te reduceren, dan werkt een directieve en controlerende benadering van risicomanagement averechts. Mogelijk worden wel problemen opgelost, maar niet de problemen waarom het ging. In die gevallen is het belangrijk om oog te hebben voor de onzekerheid van risico's. Het gebrek aan sturing op veiligheid is geen gebrek aan leiderschap of problemen bij de implementatie. Gebrek aan sturing is gebrek aan de articulatie van het probleem.

4. Patiëntveiligheid

Op initiatief en verzoek van VWS heeft de petrochemische industrie haar kennis en ervaring op het gebied van het verhogen van de veiligheid met de ziekenhuizen gedeeld. Dit is richtinggevend geweest voor de ontwikkeling van patiëntveiligheid (Willems, 2004; Nederlandse Vereniging voor Veiligheidskunde 2009). Niet alleen in Nederland, ook in Amerika en tal van andere landen zijn concepten en initiatieven voor het verbeteren van de patiëntveiligheid ontleend aan de industriële sectoren waarin hoge veiligheidsrisico's bestaan voor medewerkers en de omgeving (Wears, 2008; Hollnagel 2006). Denk aan de olie-industrie, de luchtvaartindustrie en kernenergie.

De nationale programma's voor het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid in de verschillende sectoren van de zorg hebben dan ook opvallende gelijkenissen. De programma's hebben dezelfde opzet. Er wordt onderzoek gedaan naar de omvang van vermijdbare schade in de zorg, gevolgd door een inventarisatie van 'good practices' op een aantal vooraf benoemde thema's zoals medicatieveiligheid of valpreventie. Vervolgens wordt gericht op de verspreiding van 'best practices' met als uiteindelijke doel de invoering van een systeem van veilig incidenten melden (Wagner, G. van der Wal, & Tuijn, 2005). De vergelijkbare aanpak in alle sectoren is op zijn minst opvallend gezien de verschillen tussen de sectoren in de zorg qua aard van het werk, type patiënten/cliënten maar ook wat betreft specifieke kwaliteitsproblemen (zie de SGZ 2009). Veiligheidskunde is mogelijk een transsectorale⁴ kracht die de grote gelijkenissen in de sturing op veiligheid in de verschillende sectoren beter verklaart dan de typische kenmerken van de zorg. De leidende vragen voor dit hoofdstuk zijn dan ook: Hoe is de veiligheidskunde in de zorg geconceptualiseerd in de internationale literatuur? Hoe beïnvloedt dit perspectief de wijze waarop zorgbestuurders met patiëntveiligheid omgaan?

⁴ Het begrip transsectorale kracht is een verwijzing naar transnationale gemeenschappen. Internationale samenwerking is lange tijd begrepen als de samenwerking tussen staten (inter-nationaal). Internationalisering of beter gezegd globalisering is echter ook het resultaat van burgers die in andere landen gaan werken en wonen en daarbij dankzij de vergrote mobiliteit nieuwe wereldwijde transnationale gemeenschappen vormen. Transnationale netwerken zijn burgers van één nationaliteit die in verschillende landen wonen.

Herdefinitie van aansprakelijkheid

De aandacht voor veiligheid in de zorg was niet nieuw (Sharpe, 1998; Wears, 2008). Veiligheid van zorg is altijd verbonden geweest aan de artseneed: “Ik zal aan de patiënt geen schade doen”. Nieuw is wel de rol van veiligheidskunde. De initiatieven die door het IOM voorgesteld worden om de patiëntveiligheid te verbeteren zijn dan ook een combinatie van het aloude medische principe ‘geen schade doen’ en de veiligheidskunde zoals die is ontwikkeld in de procesindustrie (Wears, 2008).

De rol van de veiligheidskunde in de zorg is betwist. Volgens critici uit de hoek van de veiligheidskunde hebben zorgorganisaties nog te weinig expertise binnengehaald. Zorgorganisatie hebben wel ideeën opgedaan bij de procesindustrie, maar hebben vervolgens de verbeterinitiatieven overgelaten aan zorgprofessionals en vooral medici. Zonder de betrokkenheid van veiligheidkundigen missen zorgorganisatie belangrijke kennis en kunnen ze onvoldoende gebruik maken van de opgedane ervaring (Nederlandse Vereniging voor Veiligheidskunde 2009). Anderen menen juist dat de veiligheidskunde te dominant is geworden in de zorg waardoor belangrijke kenmerken van de zorg buiten beschouwing blijven en daarmee kansen voor verbetering van de kwaliteit en veiligheid worden gemist (Pronovost, 2009; Mesman, 2009; Iedema, Jorm, Long, Braithwaite, Travaglia, Westbrook 2005).

In een historisch overzicht van patiëntveiligheid in de zorg wijst Wears op de dominante rol die psychologie in het algemeen en micropsychologische studies in het bijzonder hebben gespeeld bij de conceptualisering van veiligheid (Wears, 2008). Een bekende methode is de Human Factor Approach. Het doel van de methode is om fouten in het systeem op te sporen en passende interventies te bedenken (Wagner, 2005). Illustratief is een voorbeeld uit de luchtvaart van Fitt en Joanes (Wears, 2008). Het kwam regelmatig voor dat piloten tijdens de afdaling het landingsgestel dat al was uitgeklappt, weer introkken. Uit onderzoek naar de interactie tussen de piloten en het dashboard bleek dat piloten de handels bedienden zonder er naar te kijken. De piloten waren gericht op de landingsbaan en niet op het dashboard. De stand van twee handels lokte de fout uit. In plaats van de vleugels uit te klappen om te remmen, trokken de piloten het landingsgestel (weer) in. De oplossing was om de handels uit elkaar te plaatsen. Met andere woorden om een systeem te ontwikkelen dat de vergissing voorkomt (Wears, 2008). In de gezondheidszorg worden diverse trainingen aangeboden die vanuit dit perspectief zijn ontwikkeld. Een concreet voorbeeld, met sterke parallellen met het voorbeeld van Fitt en Joanes, is een incident met wondlijm bij een huisartsenpost. Een arts die de ogen van een patiënt wilde druppelen, pakte per ongeluk de wondlijm (Jerak-Zuiderent, 2009). Uit analyse van het incident kwam naar voren hoe de nieuwe verpakking van de wondlijm en de inrichting van de instrumentenkar de fout had uitgelokt. De nieuwe verpakking van de wondlijm leek op de verpakking van de oogdruppels. Daarbij stonden de wondlijm en de oogdruppels dicht bij elkaar op de instrumentenkar. De oplossing lag, net als in het voorbeeld van de piloten, in herinrichting van de instrumentenkar. Zo zijn er vele andere voorbeelden. Hoewel gedetailleerde studies naar de interactie tussen mens en systeem hun oorsprong hebben in de veiligheidskunde, zijn deze studies in de zorg mogelijk nog belangrijkere plaats gekregen dan in de veiligheidskunde zelf.

De centrale plaats van de Human Factor Approach als veiligheidsmodel in de gezondheidszorg heeft een specifieke verklaring; namelijk de claimcultuur in Amerika. De bekende Harvard Medical Practice studie waaruit het IOM het aantal doden in de Amerikaanse zorg heeft afgeleid, was oorspronkelijk bedoeld als antwoord op het toenemende aantal schadeclaims (Wears, 2008). De gedachte achter de berekening van het

aantal incidenten was om te laten zien dat fouten onvermijdbaar zijn. Met andere woorden, het doel van de studie was niet zo zeer om de exacte omvang van de schade te berekenen met het oog op het verkleinen van de schade, maar om de notie van aansprakelijkheid te herdefiniëren. In plaats van individuele professionals via schadeclaims aan te spreken op missers, was het doel van de Harvard Medical Practice studie te laten zien dat er systeem moest komen met voldoende buffers om fouten te herstellen en eventuele lacunes tijdig te signaleren. Daarbij speelde de Human Factor Approach een cruciale rol. De centrale aanname van de Human Factor Approach is, zoals gezegd, dat in complexe situaties menselijke fouten onvermijdbaar zijn. Om menselijke fouten te voorkomen moeten de systemen die deze fouten uitlokken, verbeterd worden. Daarmee verschuift de focus van de individuele beroepsbeoefenaar naar het systeem (Jerak-Zuiderent, 2009).

Veiligheid in complexe systemen

Hoewel microstudies naar de interactie tussen mensen en systeem belangrijk zijn geweest voor de conceptualisering van veiligheid, hebben deze studies in de veiligheidskunde aan belang ingeboet. Naar aanleiding van een aantal grote ongelukken zoals op Schotse offshore platform Piper Alpha, met de kerncentrales van Three Mile Island en Tsjernobyl en het ongeluk met de Challenger, verbreedde de focus van veiligheidskunde; van gedetailleerde studies van instrumenten en menselijk gedrag naar veiligheid in complexe systemen. Het was duidelijk geworden dat de vele aanpassingen van de systemen, grote ongelukken niet konden voorkomen (Wears, 2008). In zijn onderzoek naar de oorzaken van de ramp met het Schotse offshore platform Piper Alpha (1986, 167 doden) constateerde Schotse rechter Lord Cullen dat de veiligheid in de olie- en gasindustrie onvoldoende gestructureerd werd aangepakt, waardoor goede initiatieven slechts tijdelijk effect sorteerden. Ergo, het gaat er niet zozeer om verbeterinitiatieven te ontwikkelen, maar om een systeem op te bouwen waarin het mogelijk wordt verbeteringen door te zetten. Dit advies heeft geleid tot de wereldwijde ontwikkeling van veiligheidsmanagementsystemen in verschillende takken van industrie (Nederlandse Vereniging voor Veiligheidskunde 2009). Het primaire doel is om een systeem of structuur te ontwikkelen waarin aanbevelingen voor het verbeteren van patiëntveiligheid ook daadwerkelijk worden opgevolgd. Volgens de Vereniging van Veiligheidskunde, redenerend vanuit deze systeembenadering, is de huidige benadering van veiligheid in de zorg op den duur onhoudbaar:

“Er ontbreekt een verbindende structuur, waardoor de onderlinge relaties en de hiaten daarin onvoldoende duidelijk zijn. De vele initiatieven uit de verschillende organisaties hangen als los zand aan elkaar. Als de aanbevelingen die in dit stuk worden gegeven niet worden opgevolgd, zal het plafond snel worden bereikt en slechts met een onredelijke hoeveelheid energie kunnen worden behouden”.

De stap naar de studie van de zorg als een complex systeem lijkt niet of onvoldoende te zijn gemaakt. Sterker nog, in de gezondheidszorg is de complexiteit van zorgsystemen op een andere manier begrepen dan bedoeld. Volgens Jensen hebben de auteurs van het IOM rapport “To Err is Human” de notie van complexe systemen op een nogal selectieve wijze verbonden aan de Human Factor Approach (Jensen, 2008). Daarbij gaat het om de notie van complexiteit in relatie tot de vermijdbaarheid van fouten. De notie van complexiteit voert terug naar het werk van de organisatiesocioloog Charles Perrow. Systemen zijn volgens Perrow complex omdat ze bestaan uit diverse onderdelen die elkaar onderling beïnvloeden, omdat er meerdere doelen zijn die behalve verschillen ook tegenstrijdig kunnen zijn en omdat kennis in systemen altijd partieel is en soms ook controversieel. In een dergelijke complexe omgeving zijn fouten onvermijdbaar. Vandaar dat Perrow spreekt over ‘normal

accidents'. In het IOM rapport wordt echter juist verondersteld dat fouten voorkomen kunnen worden, en wel door systemen die het menselijke falen compenseren. Immers: "To err is human", en niet "to err is system" (Aarts 2007).

Waar in de Human Factor Approach het 'menselijk kunnen' als beperkende factor wordt gezien waarop systemen moeten anticiperen (bij haast worden etiketten op tubes wondlijm niet gelezen en daarom mag de lijm niet staan naast de oogdruppels), richt het veiligheidsonderzoek naar complexe systemen zich juist op het vermogen van mensen om flexibel om systemen heen te werken en om daarmee eventuele lacunes in het systeem op te vangen (Hollnagel, 2006; Mesman, 2009; Iedema, Jorm, Long, Braithwaite, Travaglia, Westbrook 2005). Mensen zijn creatief en kunnen in situaties die het systeem niet aankan de goede oplossing vinden. Hierbij gaat het uitdrukkelijk om incidenten waarop in de regels en procedures (nog) niet is geanticipeerd. Het zijn incidenten waarvan de schade niet voorkomen kan worden, als de regels gevolgd worden. Sterker nog, het beperken van de mogelijke schade vraagt om een herinterpretatie van regels of om het 'in situ' formuleren van nieuwe regels. Juist het volgen de regels werkt contraproductief: de verkeerde problemen worden opgelost (zie de discussie over ontembare problemen (WRR 2006; WRR 2008)

Bekend is het werk van Hollnagel over resilience, dat wil zeggen het vermogen van organisaties om te reageren op incidenten en daarmee de (toekomstige) schade te voorkomen (Hollnagel 2006). Organisaties zijn beter in staat om te reageren op onzekere en ambigue risico's als zij er in slagen om:

de verschillen en tegenstellingen tussen doelstellingen van de organisatie te benoemen en te managen. En dus weerstand bieden tegen de neiging om problemen te simplificeren.

de aanpassingen, aanvullingen en bewuste schendingen van de regels en procedures op het operationele niveau erkennen en onderdeel te maken van het strategische beleid van de organisatie.

De kwaliteit (en veiligheid) van een medische behandeling wordt nog vaak expliciet toegeschreven aan het individueel handelen van de behandelend medisch specialist. Ook al kan deze specialist geen operatie uitvoeren zonder de hulp van het operatieteam en de vele medewerkers die in het peri-operatieve proces een rol spelen; men spreekt over de prestatie van 'de dokter'. Hij bepaalt het behandelingsbeleid, dus hij wordt gezien als de persoon die de patiënt beter maakt. De positionering van professionals in de zorg leidt tot de perceptie dat de kwaliteit van een behandeling (en dus ook de veiligheid) slechts wordt bepaald door de kwaliteit van de individuele behandelaar. Daarmee blijven belangrijke veiligheidsrisico's buiten beschouwing. Ook al heeft een zorginstelling haar zaken niet op orde (bijvoorbeeld bij het werken met onbetrouwbaar functionerende of verouderde apparaten), het is de zorgprofessional die de beslissing neemt de behandeling al dan niet met die apparaten uit te voeren. Bij capaciteitsproblemen in de instelling zal een professional niet beslissen een behandeling uit te stellen; de nazorg is immers het probleem van de organisatie. De professional bepaalt het medisch of zorgbeleid en de ziekenhuisorganisatie is daar ondergeschikt aan; zij speelt een faciliterende rol. Van teamwork lijkt hierbij nauwelijks sprake.

Conclusies

De conclusies uit de diverse rapporten over de gebrekkige sturing op patiëntveiligheid, zijn, zo laat deze korte rondgang langs de veiligheidsliteratuur zien, gevormd door een specifieke visie op patiëntveiligheid in de zorg (Willems, 2004; De Onderzoeksraad voor Veiligheid

2008; RVZ 2009; Algemene Rekenkamer 2009). Een dominante benadering van patiëntveiligheid in de zorg is gericht op de interactie tussen mens en een enkelvoudig systeem. Onbedoeld en onvoorzien lijkt de focus van de initiatieven om veiligheid te verbeteren en te waarborgen zich te verplaatsen naar het primaire proces en nog specifieker naar (medische) behandelingen door individuele professionals. De meeste initiatieven voor het verbeteren van patiëntveiligheid richten zich dan ook op een type incident (valpreventie, medicatieveiligheid) of op een bepaalde afdeling (de OK, de apotheek). De huidige veiligheidsmaatregelen bieden managers en bestuurders geen of een beperkte rol (enkel als steun, gezicht). Alleen een incidenteel project – de ontwikkeling of invoering van een best practice- biedt bestuurders af en toe de mogelijkheid naar de werkvloer af te dalen (Stoopendaal, 2008). Het is immers niet aan de bestuurder om zich te bemoeien met operationele processen op de werkvloer, zeker niet bij eenvoudige of complexe risico's. Er is geen twijfel over het belang van de interventie in relatie tot mogelijk andere belangen (normatieve zekerheid) en het is bekend hoe te handelen (cognitieve zekerheid).

De rol van bestuurders bij ambigue en complexe risico's is anders. Niet kleiner of groter, maar anders. Zoals Hollnagel heeft beschreven is het vermogen van organisaties om te reageren op onbekende risico's afhankelijk van het vermogen om dilemma's en conflicterende doelen te signaleren. Zulke dilemma's worden veelal zichtbaar op de werkvloer in de vorm van impliciete aanpassingen van de procedures, herinterpretaties van de regels, etc. Waar het volgens Hollnagel om gaat, is deze dilemma's onderdeel te maken van strategische beslissingen. Het gaat er kortom om van de strategische doelstellingen naar de dilemma's op de werkvloer te kunnen gaan, en weer terug (De Bont en Grit, 2009). Daarmee verandert ook de aard van de veiligheidsvragen voor bestuurders. Het gaat op bestuurlijk niveau niet zozeer om het terugdringen van het aantal suicides volgens de methode van X of het verlagen van Y volgens de methode van Z, maar over inzet van capaciteit (is er voldoende personeel om te reageren op een incident terwijl de gewone zorg doorgaat), het vaststellen van marges (wat is de gewenste afstand tussen de minimale kwaliteit en de geleverde kwaliteit van zorg) en het vergroten van de flexibiliteit van de organisatie (omgaan met regelgeving, training van personeel). Daarbij maakt het uit om welke kwestie het gaat. Het gaat niet om een zo groot mogelijke rol van de bestuurder, maar de aansluiting van de besturingstijl bij de wijze waarop het probleem gearticuleerd is.

De richting waarin de veiligheidskunde zich in de zorg heeft ontwikkeld, verklaart mogelijk ook de ontwikkelingen die we in hoofdstuk 1 hebben beschreven. Zoals we daar schetsten draait de publieke discussie rondom incidenten in een klimaat waar fouten niet meer als een onvermijdelijk gegeven worden beschouwd. In het wetenschappelijke debat over veiligheid in de zorg zien we precies dezelfde beweging: een sterke focus op incidenten en een uitleg van systeemcomplexiteit die fouten als vermijdbaar definieert. De oorspronkelijke aanname dat in complexe systemen fouten onvermijdbaar zijn ('normal accidents'), werd versmald tot onvermijdelijkheid van alleen menselijke fouten. Deze interpretatie van de aard van complexiteit maakt de weg vrij voor een instrumentele benadering van veiligheid waarbij de rol van menselijk handelen met procedures en andere regelgeving onder controle wordt gebracht. Procedures en andere vormen van regelgeving worden naar voren geschoven als voorwaarde voor veilig werken. In control zijn betekent in deze benadering dan ook: de procedures op orde hebben, gegevens kunnen produceren, etc. In het oorspronkelijke werk van Perrow is, zoals gezegd, veel meer ruimte voor menselijk dan wel professioneel handelen. Het uitgangspunt is juist dat systemen de veiligheid niet kunnen waarborgen en dat professionals de systemen soms moeten passeren of regels moeten schenden om de onvermijdelijke gaten in het systeem te vullen. Samenvattend, de toon in het veiligheidsdebat in de zorg is niet zo zeer gezet door de veiligheidskunde, maar is gevormd door de wijze

waarop veiligheidskunde in de zorg is geïnterpreteerd. Het publieke debat over de kwaliteit en de veiligheid in de zorg en de veiligheidskunde dat een antwoord was op het debat, hebben elkaar gevormd en versterkt in een bepaalde richting waardoor het 'systeem' van zorgverlening buiten beeld is geraakt en waardoor bestuurders buitenspel zijn komen te staan – of procesmanagers zijn geworden.

Het belang van veiligheidskunde in de zorg mag, ondanks de smalle invulling die er aan is gegeven, overigens niet worden onderschat. Zoals Leape en Berwick concluderen in de evaluatie van de effecten van "To Err is Human" heeft het geleid tot een belangrijke attitude verandering bij professionals. Er is veel meer aandacht voor fouten zonder dat professionals zondermeer de schuld krijgen. Dankzij het veilig kunnen melden van incidenten worden veiligheidsproblemen eerder zichtbaar en zijn er meer mogelijkheden om de veiligheid te verbeteren. Tegelijkertijd mag veiligheidskunde zoals die nu in de zorg is ontwikkeld ook niet worden overschat. In die zin is de problematiek van de borging van patiëntveiligheid ook geen implementatieprobleem, of slechts zeer ten dele. Een dergelijke probleemdefinitie veronderstelt immers dat de concepten en de instrumenten die ontwikkeld zijn, voldoen. En dat alleen de uitvoering ontbreekt. Zoals we hebben laten zien is er in de zorg ook een inhoudelijke ontwikkeling nodig. Daarbij gaat het om veiligheid binnen complexe systemen. De complexiteit van systemen, of, om het in de terminologie van de WRR te vatten, de ambiguïteit van risico's, veronderstelt juist ruimte voor de articulatie van veiligheidsproblemen, wat lijnrecht tegen de implementatieretoriek ingaat.

Juist aangaande de sturing op veiligheid in organisaties kent veiligheidskunde, zoals nu ingevuld in de zorg, beperkingen. Een belangrijke beperking is de smalle focus van veel veiligheidsprojecten. De initiatieven richten zich op één afdeling (bijvoorbeeld de OK), of één type behandeling. Daarbij gaat het veelal om eenvoudige risico's, zoals decubituspreventie of het voorkomen van wondinfecties. Over het belang om deze risico's te verkleinen is brede consensus. Iedereen is het er over eens dat dit type incidenten vermeden kan en moet worden. De doelstellingen en waarden die bij de beoordeling van het risico tellen, behelzen geen tegenstellingen. Daarbij is bekend en aanvaard hoe de zorg verbeterd kan worden. Het is bekend wat gedaan kan worden. Een bredere opvatting van veiligheidskunde met oog voor de complexiteit van grotere systemen is nodig. Dan wordt de rol van bestuurders en managers ook concreter; zorgen voor voldoende capaciteit opdat er een zekere buffer is om incidenten op te vangen of het maken van heldere keuzen tussen conflicterende doelen. Veiligheidsmanagement wordt daarmee op een meer vanzelfsprekende manier onderdeel van strategisch management (Hollnagel, 2006). Bij de afweging van ambigue risico's is de rol van Raad van Bestuur mogelijk ook groter. Afweging van diverse en tegenstrijdige belangen is bij uitstek een taak van bestuurders. Dergelijk risicomanagement, zeker een taak van het bestuur, is nog nauwelijks geëxploreerd in debat. Of het is nog te veel gericht op de reductie van complexiteit.

5. Bestuur

Het gaat in deze studie vooral om de vraag wat een bestuurder nodig heeft om strategisch met patiëntveiligheid om te gaan. Deze vraag verwijst naar de instrumenten die bestuurders in handen hebben om professionals en leidinggevenden aan te spreken op hun doen en laten ten aanzien van de bevordering en de borging van patiëntveiligheid (De Onderzoeksraad voor Veiligheid 2008). Daarbij kan het zowel gaan om regulerende instrumenten (bijvoorbeeld richtlijnen) of deliberatieve instrumenten (bijvoorbeeld walkarounds). In dit verband zijn echter bijbehorende informatiestromen van belang evenals de inbedding van kwaliteit en veiligheid binnen de organisatie. De vraag naar de mogelijkheden van de bestuurders om patiëntveiligheid te stimuleren en te borgen verwijst echter niet alleen naar instrumenten, informatiestromen en organisatieonderdelen maar ook naar de aard van de interne onderlinge verhoudingen tussen managers en professionals en tussen professionals onderling (RVZ 2009). Daarbij gaat de ene keer om een heldere verdeling van verantwoordelijkheden en een andere keer juist om erkenning van de meervoudigheid van de onderlinge relatie. In het ene geval is controleren de juiste strategie (denk bijvoorbeeld de professionele plicht om elkaar aan te spreken), in een ander geval gaat het om gezamenlijk leren (bijvoorbeeld een open debat te voeren over wat veilig werken inhoudt in de dagelijkse praktijk).

Voor het sturing op veiligheid zijn bestaat kortom geen 'one size fits all' oplossing. Het antwoord op de vraag welke rol bestuurders kunnen en moeten spelen bij de verankering van patiëntveiligheid is afhankelijk van de articulatie van het probleem. Daarbij speelt ook de institutionele context een rol. Hoe meer de nadruk ligt op het 'in control' zijn, hoe meer de bestuurder wordt aangesproken als degene die direct en actief moet interveniëren als het gaat om patiëntveiligheid. Des te meer belang is er om een risico te definiëren als eenvoudig (en dus de complexiteit van de problematiek te reduceren). Hoe meer de nadruk ligt op patiëntveiligheid als een zaak van 'vele handen', hoe meer de nadruk komt te liggen op de complexiteit van risico's en het gezamenlijk zoeken naar oplossingen. Leren staat daarbij voorop.

In dit hoofdstuk zetten we ons onderzoek voort naar de samenhang tussen de verschillende repertoires voor door professionals, managers, bestuurders en toezichthouders en de aard van de risico's. Daarbij richten we ons met name om de incentives voor een bepaalde sturingsstrategie en/of de conceptualisering van een risico als eenvoudig, complex, ambigue of onzeker. De maatregelen die de bewindspersonen voorstellen zoals de bestuurlijke boete, de aanscherping van de aansprakelijkheid en de uitbreiding van de bevoegdheden van de IGZ zijn gericht op meer beheersing en meer sturing door de zorgbestuurders {{436 Klink, A. 2008}}. In het huidige maatschappelijke debat over het bestuur van zorgorganisaties wordt bestuurders verweten dat zij te ver af staan van de directe zorg en dat hun betrokkenheid te wensen overlaat (Algemene rekenkamer 2009; Klink & Bussemaker 2009). In de verschillende rapporten die zijn verschenen naar aanleiding van incidenten (UMC St Radboud, Medisch Spectrum Twente) wordt gewezen op de eindverantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg en aangegeven dat eerder ingrijpen en actiever sturen noodzakelijk is (RVZ 2009; De Onderzoeksraad voor Veiligheid

2008; Willems, 2004; Algemene Rekenkamer 2009). De impliciete veronderstelling is dat – gegeven de formele eindverantwoordelijkheid van zorgbestuurders voor kwaliteit – zorgbestuurders ook degenen zijn die in materiële zin aanspreekbaar en aansprakelijk zijn. Dit sluit aan bij de inzichten uit de bedrijfskundige literatuur. Ook in de algemene bedrijfskundige literatuur over management en bestuur ligt de nadruk op de structuren en systemen en de opdracht van bestuur en management om processen in de eigen organisatie te sturen, te beheersen en te controleren. Het is in het kader van deze voorstudie niet doenlijk een analyse te maken van de oorzaken, maar er is maatschappelijk gesproken zeker sprake van ongeduld en afnemend vertrouwen in het vermogen van bestuurders – al dan niet in samenspraak met professionals – om voldoende garant te staan voor patiëntveiligheid. Dit biedt een sterke incentive om hard te willen optreden. Hetgeen alleen kan als de complexiteit van de risico's kan worden gereduceerd. Het is dan ook niet eenvoudig om de keuze voor het sturingsmodel af te stemmen met de aard van de risico's. Er zijn sterke incentives om de complexiteit van risico's te vereenvoudigen, maar ook om de complexiteit te vergroten.

Een dubbele opdracht

In de wetenschappelijke literatuur over de rol en verantwoordelijkheid van zorgbestuurders en publieke managers wordt aandacht besteed aan de verschillende rollen en verantwoordelijkheden van bestuurders: zij zitten als het ware op het vinkentouw en hebben tegelijkertijd een interne en een externe oriëntatie (Meurs 2005; Grit 2005; Noordegraaf, 2002, Goodwin; Hunter 2003). De interne oriëntatie heeft dan niet zozeer te maken met de mogelijkheden om direct te sturen of in te grijpen als wel met het vermogen om de juiste randvoorwaarden te scheppen opdat patiëntveiligheid wordt gerealiseerd (Meurs 2008).

In recent onderzoek naar het handelen van zorgbestuurders, schetst Stoopendaal, het volgende beeld van een zorgbestuurder. De bestuurder heeft de rol van verbindende buitenstaander: belangstellend, bekend en geïnformeerd. Zijn primaire rol is om medewerkers te zien en te kennen waarbij hij ervoor moeten waken om niet te veel verbonden te raken. Bestuurders hebben idealiter een flexibele rol die hen mogelijkheden biedt om tussen de lagen van de organisatie heen en weer te bewegen. De dubbele opdracht: op afstand blijven en betrokken zijn, biedt bestuurders de mogelijkheid invloed uit te oefenen en te sturen. Waar de raad voor de veiligheid, de RVZ, de Algemene Rekenkamer spreken over lacunes in de verdeling van verantwoordelijkheden en het ontbreken van een sluitend systeem, schetst het onderzoek naar zorgbestuurders de realiteit van een niet sluitend systeem en de noodzaak voor de bestuurder om te bewegen tussen verschillende werelden binnen zijn of haar instelling. De zorgbestuurder is, zo concludeert Stoopendaal naar aanleiding van haar onderzoek, de verbindende buitenstaander (Stoopendaal, 2008). Bestuurders creëren de randvoorwaarden voor het verbeteren. Niet zozeer door het initiëren van verbeterinitiatieven als wel door externe relaties te onderhouden om de instellingen 'gezond' te houden. Een vergelijkbare conclusie vinden we terug in het onderzoek van Van der Scheer waarin zij de opvattingen van bestuurders over hun eigen positie optekent (Van der Scheer 2007). Bestuurders zien zichzelf vooral als degenen die een liaisonfunctie te vervullen hebben tussen de verschillende eisen en verwachtingen van externe belanghebbenden en de wensen, eisen en professionele normen die vanuit de organisatie en de professionals worden gesteld. Zij die een zorginhoudelijke achtergrond hebben beklemtonen deze liaisonfunctie meer dan hun collega's met een economische of bedrijfskundige achtergrond.

De professionalisering van het bestuur van zorginstellingen houdt gelijke tred met de professionalisering van de zorginstellingen zelf, met de verbijzondering van zorgfuncties, de inzet van complexe technologie en met de groei van de gezondheidszorg en de financiële middelen die in de zorg omgaan. De groei van de organisaties en de complexiteit van de besturing hebben geleid tot een verdere verzelfstandiging van het bestuur ten opzichte van het primaire proces. Vroeger deed de dokter of de verpleegkundige het management van het ziekenhuis erbij, nu is het bestuur een functie sui generis. Gegeven het maatschappelijk krachtenveld waarbinnen zorginstellingen opereren is er in de loop der jaren ook een verschuiving van een interne naar een externe oriëntatie van het bestuur: van bedrijfsvoering naar strategische keuzen voor de organisatie (Maister; Van der Meulen, 2009; Noordegraaf 2004). Waar het gebruikelijk was dat artsen verantwoordelijk waren voor het bestuur van zorgorganisaties, maken zij plaats voor bedrijfskundigen, bestuurskundigen en economen. In 2005 had 68% van de managers geen medische achtergrond. Meer zorgmanagers volgen meerdere managementopleidingen (74%) en er ontstaan nieuwe managementcarrières langs verschillende typen instellingen in de zorg (van klein naar groot, van care naar cure) (Van der Scheer, 2007). De ontwikkelingen in de zorg sluiten aan bij bredere trend naar professionalisering van beroep (Evetts 2003). Denk aan het vormen van beroepsverenigingen (NVZD), het opstellen van gedragscodes (Governancecode), en het ontwikkelen van (universitaire) opleidingen (Erasmus CMDz in Rotterdam, TIAS in Tilburg). Daarbij staan belangrijke kenmerken van klassieke professies zoals medici en advocatuur als model. De laatste loot aan deze stam is de poging van de NVZD om een accreditatiesysteem voor bestuurders op te zetten.

Uit een enquête in 2001 onder zorgbestuurders blijkt dat bestuurders in die tijd vooral optraden als managers, dat wil zeggen hun belangrijkste taak was het bedrijfsmatig beheersen van een organisatie. Hun werk kende een interne oriëntatie: tweederde van de tijd werd op kantoor doorgebracht en 66% van kwesties waarbij zij betrokken waren speelden binnen de organisatie. Zij hadden meer contact met professionals en collega-directeuren, en minder met leden van Raden van Toezicht en van de OR. De wens van de bestuurders in 2001 was echter om op te treden als ondernemer en boegbeeld met een sterke externe oriëntatie (Noordegraaf & Meurs 2002). Dit ideaal sluit aan bij de competenties van de zorgbestuurder zoals de NVZ die in 1996 omschreef. Volgens de NVZ is een zorgbestuurder iemand die externe ontwikkelingen ziet en de organisatie strategie er op afstemt, iemand met een sterk maatschappelijk en ethisch besef, iemand die vernieuwt, motiveert, inspireert en overtuigt (Stoopendaal, 2008). De zorgbestuurder is iemand die naar buiten is gericht en vooral oog heeft voor economische en maatschappelijke ontwikkelingen. Vergelijkbare competenties hebben centraal gestaan in discussie over bestuurders als maatschappelijke ondernemers (Meurs & van der Grinten 2005). Kortom een oriëntatie op interne verbeteringen ten behoeve van de efficiëntie of de effectiviteit van de zorg werd gezien als een probleem. Het doel is de verbreding van de blik van bestuurders naar meer fundamentele aanpassingen van de zorg zoals nieuwe ontwikkelingsrichtingen van zorginstellingen bij een grotere diversiteit van personeel en/of een sterk concurrerende markt.

Alles bij elkaar genomen worden bestuurders geconfronteerd met uiteenlopende verwachtingen ten aanzien van de rollen die zij moeten vervullen en de verantwoordelijkheden die zij moeten dragen. Terwijl met de professionalisering van bestuurders een beweging maken van een interne oriëntatie naar een meer externe oriëntatie, is er ook een maatschappelijke vraag aan zorgbestuurders om zich meer te richten op het reilen en zeilen van hun organisatie. Zoals gezegd zou een (te) sterke oriëntatie op externe ontwikkelingen niet in het belang zijn van patiënten. Sterker nog, het

wordt gezien als een risico. Dat wil zeggen een risico dat de patiënt buiten beeld raakt. Tegelijkertijd wordt van de bestuurder maatschappelijk ondernemerschap verwacht, innovatief vermogen en het sturen op kosten en prestaties. Schaarste betekent ook dat morele vragen over wat wel of niet wordt behandeld gegeven de beperkte middelen, ook terechtkomt op het bordje van het bestuur (Grit en Meurs 2004). Deze meervoudige eisen aan het bestuur van zorginstellingen is niet alleen in Nederland zichtbaar. Met name in Engeland zien we vergelijkbare ontwikkelingen (Hood 2006; Goodwin).

Waar in de beleidsrapporten de focus ligt op regulering en controle, is in de wetenschappelijke literatuur over bestuur juist leren en intermediairen het dominante sturingsperspectief. Daarbij staat, passende bij deze laatste sturingsstijl, de complexiteit van de problematiek voorop.

Nieuwe zichtbaarheid . Zelfregulering en transparantie

In de literatuur over zelfregulering zien we andere beweging. De focus lijkt te liggen op regulering en controle waarbij een sterke incentive bestaat om kwaliteits- en veiligheidsproblemen te reduceren tot implementatieproblemen waarbij vooral eenvoudige risico's op de voorgrond komen te staan.

Lange tijd is professionele zelfregulering het belangrijkste sturingsmodel geweest in de gezondheidszorg, zeker als het ging om kwaliteit en veiligheid. Het kwaliteitsbeleid binnen de medische professie krijgt in de eerste plaats gestalte binnen de opleiding, en dan met name de opleiding tot specialist, zoals Yolande Witman onlangs in haar proefschrift heeft laten zien (Witman, 2008). Via de patiëntenbespreking en de grote visite, worden arts-assistenten uitgedaagd om in een vraag en antwoordspel hun kennis maar vooral hun vermogen tot klinisch redeneren tentoon te spreiden. Al vanaf de jaren 70 is er groeiende kritiek geweest op de gesloten, monopolistische cultuur van de professies, waaronder de medische. Dit heeft ondermeer geleid tot de opkomst van de evidence-based medicine beweging. Door middel van clinical trials en daarop gebaseerde richtlijnen is de professie op meer collectief niveau kwaliteitsbeleid gaan voeren, waarmee tegelijkertijd een herbevestiging van de professionele autonomie wordt nagestreefd (Klazinga 1994). Daarmee verschoof het accent van leren en indirecte sturing naar controle en directere vormen van sturing: Wil er sprake zijn van integrale kwaliteit, dan is het essentieel dat professionals zichtbaar maken wat er aan kwaliteit wordt gedaan.

Deze beweging van evidence based medicine heeft echter een paradoxaal effect gehad. In het vergelijkend onderzoek trad een enorme variatie tussen zorgpraktijken aan het licht. Daarmee werd duidelijk dat tenminste in delen van de medische beroepsgroep geen goede kwaliteit van zorg werd geleverd. Met andere woorden, de ontwikkeling van protocollen in combinatie met het toezicht op het gebruik van protocollen, gaven bestuurders maar ook professionals nieuwe mogelijkheden om directer en harder in te grijpen bij kwaliteits- en veiligheidsproblemen. Het bestaan van richtlijnen impliceert dat mensen zich er aan houden. In de praktijk blijkt dit slechts in geringe mate het geval te zijn, zoals in het onderzoek naar de implementatie van richtlijnen keer op keer is vastgesteld (Grol en Wensing 2006). Dat kan wijzen op een kwaliteitsprobleem, maar dat hoeft niet. Zoals beschreven in hoofdstuk 2 is de kwaliteit van zorg ook afhankelijk van de creativiteit van professionals – dat wil zeggen hun vermogen om de lacunes in de regelgeving op te sporen en om in situ nieuwe regels te formuleren. Bij complexe risico's – of beter gezegd bij risico's die als complex naar voren komen- is het effect van de protocollen op de kwaliteit van zorg minder groot of zelfs contraproductief. Onderzoek naar richtlijnen heeft bijgedragen aan een erosie van het

vertrouwen in professionele zelfregulering (Timmermans, 1997; Timmermans en Angell 2001; Timmermans, 2003; Zuiderent-Jerak 2007).

De externalisering van kwaliteitsmanagement

De druk op 'transparantie' eist heeft ook belangrijke consequenties gehad voor de ontwikkeling van kwaliteitsmanagement. Het idee dat informatie cruciaal is voor de (sturing op de) kwaliteit en veiligheid in de zorg wordt inmiddels breed gedeeld. Zo vraagt de Inspectie voor de Gezondheidszorg sinds enige jaren zorginstellingen om informatie aan te leveren op tal van prestatieindicatoren. Binnen de inspectie is op verzoek van VWS sinds vorig jaar zelfs een speciale unit (Zichtbare zorg) gecreëerd die zich met het bevorderen van transparantie over de volle breedte van de gezondheidszorg bezig moet houden en die ondermeer voor een groot aantal aandoeningen nieuwe indicatoren zal ontwikkelen. Daarnaast bieden websites als Kiesbeter.nl en Independer.nl keuze-informatie voor patiënten om hen te leiden naar de beste zorginstellingen en worden jaarlijks tenminste drie verschillende ranglijsten gepubliceerd met het idee dat patiënten hun keuze voor ziekenhuizen hierop baseren. Het is overigens niet zo dat het kwaliteits- en informatiemanagement professionele zelfsturing vervangt. Integendeel. Eerder worden nieuwe instrumenten voor het verbeteren en waarborgen van de kwaliteit en de veiligheid van de zorg toegevoegd aan de bestaande instrumenten. Naast opleidingen, visitaties en richtlijnen komen kwaliteitsmanagementsystemen, accreditaties en indicatoren.

De laatste jaren is er ook meer aandacht voor de rol van informatie uit het primaire proces bij kwaliteitsmanagement (Nelson, Splaine, Godfrey, et al. 2000; Nelson, Batalden, Homa, et al. 2003). Ziekenhuizen hebben geïnvesteerd in de ontwikkeling van databases met data uit transactie processen zoals zorgprocessen maar ook declaratieprocessen. Veel ziekenhuizen hebben met de ontwikkeling van datawarehouses ook de afdelingen voor informatiemanagement uitgebreid (Mul 2009). Met de ontwikkeling van additionele technieken naast het elektronisch patiënten dossier dreigt onbedoeld en onvoorzien kwaliteitsmanagement verder op afstand te worden gezet van zorgwerk (Mul, 2009; Bates, 1999; De Mul 2007; Berg, 2003). Het systeem biedt zorgprofessionals onvoldoende mogelijkheden om de risico's voor patiënten te bewaken en te beheersen. De standaardrapportages van de afdelingen informatiemanagement staan los van de problematiek in het primair proces.

Hoewel bij de ontwikkeling van kwaliteitsmanagement de verbetering van de dagelijkse zorgverlening voorop stond en zorgprofessionals een centrale rol kregen toebedeeld in het analyseren van de gegevens en het komen tot verbeterplannen, is kwaliteitsmanagement een vreemd begrip gebleven voor professionals (Davies, Powell, & Rushmer 2007; Klazinga 1996; Porter & Teisberg 2007). Kwaliteitsmanagement is mogelijk een verwarrend begrip omdat management wordt geassocieerd met de organisatie en vooral de organisatie van administratieve processen in zorginstellingen (Klazinga 1996). Daarbij is kwaliteitsmanagement een aparte professie geworden die in organisaties relatief los staat van zowel het bestuur als de zorgprofessionals (De Mul 2009). De gegevens die bedoeld waren als managementinformatie ten behoeve van de verbetering en borging van de kwaliteit en de veiligheid van de zorg lijken nu vooral te worden gebruikt voor verantwoordingsinformatie. Het ontstaan van aparte professie van 'indicatorologen' versterkt dit proces.

Ook de oorspronkelijke inzet van de inspectie om te gaan voor 'pragmatische indicatoren' blijkt onder publieke/politieke druk niet haalbaar wat leidt tot een toenemende aandacht voor validiteit (Bal 2008). Dat maakt indicatoren steeds meer 'extern' waardoor de internalisering

van indicatoren in toenemende mate een probleem wordt. De laatste jaren is er sprake van een proliferatie van maatregelen die de verantwoordelijkheid voor en het toezicht op patiëntveiligheid buiten de zorginstelling plaatsen. Om te voorkomen dat het werken aan patiëntveiligheid vrijblijvend wordt, heeft de overheid in samenspraak met de beroepsorganisaties en de inspectie afspraken gemaakt over de normen waaraan instellingen moeten voldoen. Zie bijvoorbeeld Bestuurlijke afspraak Eerstelijns Zorgaanbieders “Vanzelfsprekende Veiligheid”. De afspraken zijn opgesteld door de beroepsorganisaties en worden getoetst door de inspectie. Een ander goed voorbeeld zijn de landelijke eisen die aan veiligheidsmanagementsystemen in ziekenhuizen worden gesteld (NTA). De eisen van het NTA worden onderdeel van het HKZ certificatie. De inspectie gaat toezien op deze normen. Verankering van patiëntveiligheid gebeurt op dit moment vooral buiten zorgorganisaties. Legemaate (2009) heeft het over de externalisering van verantwoordelijkheden en wijst op de risico's die hiermee zijn verbonden. Een risico is dat de norm geïnterpreteerd wordt als een wet, dat wil zeggen de NTA wordt te letterlijk uitgevoerd. Met andere woorden het middel wordt belangrijker dan het doel.

Onder druk van de ‘transparantie’-eis worden informatiestromen los gekoppeld: kwaliteitsinformatie wordt geexternaliseerd. Met als mogelijk gevolg dat te veel vertrouwd op de kwaliteitssystemen, en te weinig wordt gekeken naar de praktijk van alledag. Dat kwaliteitsinformatie is geëxternaliseerd, heeft weer belangrijke consequenties gehad voor de wijze waarop kwaliteitsproblemen worden geduid. Externalisering van kwaliteitsinformatie dwingt bestuurders om de complexiteit van kwaliteits- en veiligheidsproblemen te reduceren. En dus om eenvoudige risico's in hun beleid op de voorgrond te plaatsen. Complexere risico's of beter gezegd de complexiteit van risico's verdwijnt daarmee naar de achtergrond. De belangrijkste opgave lijkt internaliseren van kwaliteitsinformatie.

Oude en nieuwe professionele waarden

In een aantal recente publicaties worden vraagtekens geplaatst bij de relevantie van de klassieke definitie van professionals voor het begrijpen van de huidige positie van medische professionals in de zorg (Levay & Waks 2009; McDonald 2009; Pickard 2009)⁵. Onder invloed van protocollen en prestatie indicatoren worden de klassieke professionele waarden

⁵ In de sociologische literatuur over professionals wordt, zoals we al hebben opgemerkt in paragraaf 3.2 de medische beroepsgroep gezien als exemplarisch voor professies (Abbott 1988; Freidson 2001). Kenmerkend voor de medische professie is: de eigen opleiding, het tuchtrecht en de rol van de beroepsorganisatie. Een abstract omschreven kennisdomein dat niet kan worden gestandaardiseerd of kan worden geëxpliciteerd onderscheidt professies van andere beroepen en geeft professionals relatief veel ruimte om hun handelen zelf vorm te geven en te bepalen (Abbott 1988; Freidson 2001; Harrison 2002).

als autonomie en zelfregulering deels vervangen door nieuwe waarden als transparantie en uitbreiding van verantwoordelijkheden van de kwaliteit van het medisch handelen naar de uitkomsten van het gehele zorgproces. Volgens Levay, McDonald en Pickard (2009) verandert de notie van professionalisering in het medische beroep. De voorbeelden uit de literatuur zijn voornamelijk afkomstig uit Engeland komen waar al sinds de jaren tachtig is ingezet op de 'normalisering' van het medische beroep. Soortgelijke ontwikkelingen doen zich echter ook in Nederland voor en hebben zich vertaald in de opkomst van nieuwe waarden in de Nederlandse medische beroepsgroep. De nadruk op teamwork en verantwoording in medisch werk wordt bijvoorbeeld sterker.

Een recent voorbeeld is de invoering van niet-klinische competenties in de medische vervolgopleiding, het zogenaamde CanMED 2000 model (Frank 2005). Het Canmed model, ontwikkeld in Canada (vandaar de toevoeging Can) beschrijft zeven competenties van medisch specialisten: medisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie, professionaliteit. In Nederland zijn de Canmed rollen een belangrijke leidraad voor de hervorming van de medische vervolgopleiding. Nederland loopt daarmee internationaal voorop (Frank & Danoff 2007). Het model veronderstelt dat artsen verantwoordelijk zijn voor de uitkomsten van het gehele zorgproces. Dus niet alleen voor het goed uitvoeren van de medische behandeling in engere zin, maar ook voor de organisatie van het zorgproces. Ook in dit voorbeeld blijkt echter hoe lastig het is deze idealen te realiseren. In 2007 begon de implementatie van de eerste twee opleidingsplannen die zijn opgezet volgens het Canmed model. Na twee jaar is een belangrijke conclusie dat de innovatie van de vervolgopleiding is gebleven bij een beperkte onderwijskundige vernieuwing waarbij veel aandacht is voor formatieve toetsvormen en weinig aandacht is voor de uitwerking van algemene competenties van medisch specialisten. De pessimistische conclusie is dan ook dat ondanks alle inzet op het betrekken van artsen bij de kwaliteits en veiligheidsbeleid binnen de instellingen, er weinig verandert.

Dit verklaart mogelijk waarom veel van het werk en de verantwoordelijkheden voor patiëntveiligheid aan verpleegkundigen wordt overgedragen (Pronovost et al., 2008). Verpleegkundigen vormen in de praktijk als het ware de achilleshiel van veiligheid. Mede omdat zij een belangrijke rol spelen bij de continuïteit van zorg. Ziekenhuizen die veel investeren in het verpleegkundig kader worden dan in het algemeen ook gezien als veiliger; zie bijvoorbeeld de zogeheten 'magneetziekenhuizen'. Toch zijn verpleegkundigen slechts zelden de focus van de interventies of van onderzoek. Met andere woorden, de interventies zijn zelden specifiek op verpleegkundigen gericht, terwijl zij wel diegene zijn die de interventies uitvoeren. Ook als het om onderzoek en richtlijnontwikkeling gaat wordt opmerkelijk meer geld en energie gestoken in de medische beroepsuitoefening, vergeleken met de aandacht voor de verpleegkundige beroepsgroep. Deze blijft daarbij ver achter en is ook in dit opzicht de verlengde arm van de medisch specialist (en dus afhankelijk van de medisch specialist).

Conclusies

De huidige maatregelen voor de borging en het verbeteren van de kwaliteit en de veiligheid in de zorg zijn gericht op het vastleggen van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen toezicht, bestuur en professionals en de ontwikkeling van een sluitend systeem. Een sturingsmodel dat zich leent voor de controle op eenvoudige en de beperking van de schade van die risico's. Waar de adviesraden spreken over lacunes in de verdeling van verantwoordelijkheden en het ontbreken van een sluitend systeem, schetst de

wetenschappelijke literatuur over zorgbestuurders een andere realiteit. De realiteit van een niet sluitend systeem en de noodzaak voor de bestuurder om te bewegen tussen verschillende werelden binnen zijn of haar instelling. De bestuurder is op de eerste plaats een verbindende buitenstaander die hen mogelijkheden biedt om tussen de lagen van de organisatie heen en weer te bewegen. De dubbele opdracht: op afstand blijven en betrokken zijn, biedt bestuurders de mogelijkheid invloed uit te oefenen en te sturen. Deze indirecte en sterk op leren gerichte besturingsstijl is met name geschikt voor de omgang met complexe, ambigue en onzekere risico's. Er is met andere woorden een sterke voorkeur voor de ene of de andere sturingsmodel waardoor de afstemming tussen de sturingsmodellen en de aard van de risico's beperkt is.

Ook bij professionele sturing zien we een sterke voorkeur voor indirecte vormen van sturing of meer directe vorming van sturing. In de literatuur is veel geschreven over de uitbreiding van de rol van professionals in de zorg. Wil er sprake zijn van integrale kwaliteit, dan is het essentieel dat professionals zichtbaar maken wat er aan kwaliteit wordt gedaan. De sterke focus op controle versterkt de focus op eenvoudige risico's, dat wil zeggen de risico's die omschreven zijn in medische protocollen en opgelost kunnen worden door de protocollen te volgen. Uitbreiding van de professionele verantwoordelijkheden naar de organisatie en de uitkomsten van het gehele zorgproces, plaatst professionals voor meer complexe risico's. Er lijkt weinig ruimte om met dat type risico's te leren omgaan. In plaats van naar de inhoud te gaan, wordt alle energie gestopt in regelgeving. Wederom lijkt nog weinig ruimte te zijn voor de afstemming van het sturingmodel met de aard van de problematiek. Daarbij spreken de ontwikkelingen elkaar tegen. Waar bestuurders de complexiteit van de risico's benadrukken, worden professionals geconfronteerd met een sturingsregime dat sterk gericht is op eenvoudige risico's. Een taakverdeling waarbij bestuur en management zich toeleggen op aspecten van organisatorische kwaliteit en professionals alleen verantwoordelijkheid dragen voor de kwaliteit van het professionele handelen, is – hoewel begrijpelijk in historisch perspectief - contraproductief en hindert de afstemming tussen sturingsmodellen en type risico.

Dezelfde beweging zien we bij kwaliteitsmanagement op basis van zorgdata. Onder druk van de eis tot transformatie is kwaliteitsinformatie geëxternaliseerd. De gegevens die bedoeld waren als managementinformatie ten behoeve van de verbetering en borging van de kwaliteit en de veiligheid van de zorg lijken nu vooral te worden gebruikt voor verantwoordingsinformatie. Het ontstaan van aparte professie van 'indicatorologen' versterkt dit proces. Kwaliteitsmanagement is een aparte professie geworden die in organisaties relatief los staat van zowel het bestuur als de zorgprofessionals (De Mul, 2009) De internalisering van indicatoren wordt in toenemende mate een probleem.

Niet afstemmen van sturingsmodellen op risico's heeft belangrijke consequenties voor de kwaliteit van de zorg. Eerder is al gesteld dat 'sluitende' benaderingen niet bestaan voor complexe risico's. In die gevallen leidt het streven naar zo'n sluitende benadering (0-fouten) tot procedurele nauwkeurigheid en risicomijdend gedrag. Het redeneren vanuit systemen leidt tot institutionele reacties (een autoriteit) en/of een overall design van 'Het Zorg Kwaliteitssysteem in Nederland'. Bij eenvoudige risico's is een sluitende benadering wel mogelijk. Het niet volgen van de richtlijnen waar het wel kan ondergraaft het vertrouwen in de kwaliteit van de zorg. Het neemt de ruimte weg om in andere gevallen de ruimte te zoeken om te experimenteren.

Het werken aan kwaliteit vraagt om meervoudige antwoorden. Daarbij kan een heldere verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden behulpzaam zijn, maar die kunnen pas waargemaakt worden als – indien nodig -de wederzijdse afhankelijkheden tussen

partijen worden erkend. Tegelijkertijd kan niet alleen worden volstaan met een aanpak die stuurt op leren, in een aantal gevallen is hard ingrijpen nodig en is het stellen van de norm door de toezichthouder essentieel voor het gezond houden van het systeem als geheel.

De oorspronkelijke vraag naar de rol die bestuurders kunnen en moeten spelen om patiëntveiligheid goed neer te kunnen zetten in hun organisatie kunnen we op basis van bovenstaand literatuuroverzicht operationaliseren in drie dilemma's.

Het eerste dilemma van de Raad van Bestuur is dat het bestuur eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit en veiligheid van de instelling terwijl die eindverantwoordelijkheid alleen in samenspraak met anderen kan worden waargemaakt.

Het tweede dilemma van de Raad van Bestuur is dat het antwoord op de vraag wat veilige zorg is en wat goede kwaliteit van zorg is, normatieve keuzes behelst die de ene keer helder zijn en de andere keer allesbehalve eenduidig zijn. De ene keer wordt van de Raad van Bestuur kaderstellend handelen verwacht, ook op het gebied van kwaliteit en veiligheid. In andere gevallen kan de Raad van Bestuur niet eenzijdig de norm bepalen

Steeds meer wordt extern verantwoording gevraagd op basis van toetsbare en het liefst kwantificeerbare informatie terwijl voor een goed kwaliteitsbeleid ook veel geïnvesteerd moet worden in 'zachte interventies' zoals discussies, intervisiemogelijkheden, casusbesprekingen, leermomenten enz. Beiden vormen van sturing zijn nodig en verdienen hun plaats.

6. Onderzoeksagenda

Samenvatting van het rapport

Er is de laatste tijd in het publieke debat veel aandacht voor incidenten in de zorg. Die aandacht vertaalt zich in meer regels, procedures en meer instanties die de kwaliteit en veiligheid van de zorg controleren (zie 1.1). Daarbij zien we dat de aandacht meer uitgaat naar veiligheid in engere zin en minder naar kwaliteit in bredere zin. Veiligheid dient te worden gehandhaafd en gecontroleerd en dat dient vooral te gebeuren door aanscherpen van bestaande regels, protocollen, procedures en systemen (De Leeuw 2008). De centrale vraag is of een organisatie 'in control' is (De onderzoeksraad voor veiligheid 2008). Het accent ligt bovendien – gegeven de verschillende incidenten – op ontoelaatbare fouten en de noodzaak om tijdig maatregelen te treffen.

De richting waarin de veiligheidskunde zich in de zorg heeft ontwikkeld, verklaart het toenemende wantrouwen in de kwaliteit en de veiligheid in de zorg. Zoals we daar schetsten draait de publieke discussie rondom incidenten, in een klimaat waar fouten niet meer als een onvermijdelijk gegeven worden beschouwd. In het wetenschappelijke debat over veiligheid in de zorg zien we precies dezelfde beweging: een sterke focus op incidenten en een uitleg van systeemcomplexiteit die fouten als vermijdbaar definieert. De oorspronkelijke aanname dat in complexe systemen fouten onvermijdbaar zijn ('normal accidents'), werd versmald tot onvermijdelijkheid van alleen menselijke fouten. Deze interpretatie van de aard van complexiteit maakt de weg vrij naar een instrumentele benadering van veiligheid waarbij de rol van menselijk handelen met procedures en andere regelgeving onder controle wordt gebracht. Procedures en andere vormen van regelgeving worden naar voren geschoven als voorwaarde voor veilig werken. In control zijn betekent in deze benadering: de procedures op orde hebben, gegevens kunnen produceren, etc.

In het oorspronkelijke werk van Perrow is, zoals gezegd, veel meer ruimte voor menselijk dan wel professioneel handelen. Het uitgangspunt is juist dat systemen de veiligheid niet kunnen waarborgen en dat professionals de systemen soms moeten passeren of regels moeten schenden om de onvermijdelijke gaten in het systeem te vullen. Eerder is al gesteld dat 'sluitende' benaderingen niet bestaan en dat het streven naar een dergelijk sluitende benadering (0-fouten) vooral leidt tot procedurele nauwkeurigheid en risicomijdend gedrag. Hoe meer dat gebeurt, hoe meer maatregelen er getroffen worden om het 'plaatje kloppend' te krijgen, elke redundantie uit het systeem te halen en voorzieningen te treffen op alle onderdelen van een denkbeeldig kwaliteitssysteem. Juist het redeneren vanuit systemen leidt tot institutionele reacties (een autoriteit) en/of een overall design van 'Het Zorg Kwaliteitssysteem in Nederland'.

In deze voorstudie hebben we laten zien dat met directieve maatregelen slechts een kant van de veiligheidsmedaille wordt geadresseerd. Vergroten van de veiligheid is niet alleen een kwestie van straffen en verbieden in het geval van ernstige fouten. Vergroten van

veiligheid is ook afhankelijk van het erkennen en bespreken van fouten en van het vermogen om te leren van incidenten en lastige situaties. Behalve als uitkomst is veiligheid ook te beschouwen als proces waar continu aan gewerkt moet worden, het is nooit af en vergt permanente alertheid (Hollnagel, Woods, & Leveson, et al. 2006). Het antwoord op de centrale vraag van deze studie (namelijk welke rol bestuurders kunnen en moeten spelen bij de verankering van patiëntveiligheid) is afhankelijk van het gekozen perspectief. Hoe meer de nadruk ligt op het 'in control' zijn en op het sturen en controleren van kwaliteit en veiligheid hoe meer de bestuurder wordt aangesproken als degene die direct en actief moet interveniëren als het gaat om patiëntveiligheid. Hoe meer de nadruk ligt op het feit dat patiëntveiligheid een zaak van 'vele handen' (van bestuur, management en professionals) is en continue aandacht vraagt, hoe meer de nadruk komt te liggen op de randvoorwaarden die nodig zijn en de verantwoordelijkheid van het bestuur om daarvoor te zorgen (zie hoofdstuk 1). De rode draad van deze achtergrond studie is dat de verschillende benaderingen waardevol kunnen zijn op voorwaarde dat expliciet wordt gemaakt met welk oogmerk, welk instrument wordt ingezet. Eenvoudige en complexe risico's kunnen met regels en procedures gecontroleerd, terwijl een andere risicobenadering nodig is om onzekere en ambigue risico's te leren articuleren. In het onderzoeksprogramma dienen de modellen en risico's in hun onderlinge samenhang onderzocht en in relatie gebracht tot specifieke vormen van risicomanagement.

Het werken aan kwaliteit en veiligheid in de zorg vindt plaats in een ingewikkeld netwerk. We hebben laten zien dat er een natuurlijke neiging is om in te zetten op een heldere verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Gegeven de wederzijdse afhankelijkheden tussen partijen is het ook van belang om bevoegdheden en verantwoordelijkheden te delen. Het gaat om het waarmaken van een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. Een taakverdeling waarbij bestuur en management zich toeleggen op aspecten van organisatorische kwaliteit en professionals alleen verantwoordelijkheid dragen voor de kwaliteit van het professionele handelen, is – hoewel begrijpelijk in historisch perspectief - contraproductief. Het is niet wenselijk om het programma te beperken tot de organisatorische en/of de relationele kwaliteit. De professionele kwaliteit die voor een belangrijk deel wordt bepaald door de professional, mag niet buiten beschouwing blijven. Kwaliteit (en veiligheid) is een zaak van vele handen.

De keuze voor het ene of het andere sturingsmodel, al naar gelang het risico zich voordoet, plaatst bestuurders voor lastige dilemma's. De dilemma's hebben ook betrekking op het feit dat aan de ene kant van bestuurders wordt verwacht dat zijn kaders stellen terwijl er nauwelijks overeenstemming is over een normatief kader dat hieraan ten grondslag zou moeten liggen. Tenslotte is ook sprake van een continue spanning tussen de noodzaak om met zachte interventies te werken terwijl een steeds dwingender vraag is naar harde maatregelen. De media-aandacht en politieke belangstelling voor veiligheid versterkt de roep om harde eenduidige maatregelen die overal van toepassing zouden moeten zijn ten koste van een meer situationele benadering waarbij nauwkeurig wordt onderzocht wat er aan de hand is en wat een effectieve aanpak is. Deze conclusies hebben geresulteerd in vier onderzoeksthema's.

7. Onderzoeksthema's

Relatie professional bestuur

In het huidige maatschappelijke debat wordt bestuurders verweten te ver af te staan van de directe zorg en te weinig betrokken te zijn bij de kwaliteit en de veiligheid van de zorg (Algemene rekenkamer 2009; Klink & Bussemaker 2009). De maatregelen die de bewindspersonen in de brief Ruimte en Rekenschap voorstellen, zoals de bestuurlijke boete, de aanscherping van de aansprakelijkheid en de uitbreiding van de bevoegdheden van de IGZ, zijn gericht op meer beheersing en meer sturing door de zorgbestuurders. Parallel aan de professionalisering van het bestuur verandert de notie van professionalisering. De klassieke waarden als professionele autonomie en zelfregulering worden deels vervangen door nieuwe waarden als transparantie en verantwoording. We zien ook een uitbreiding van verantwoordelijkheden van de kwaliteit van het medisch handelen naar de uitkomsten van het gehele zorgproces. De rollen van bestuurders en professionals lijken op het eerste gezicht dichterbij elkaar toe te groeien.

Uit de literatuur blijkt dat de afstand tussen professional en bestuur niet de oorzaak van de problemen is. De bestuurder heeft de rol van verbindende buitenstaander met een dubbele opdracht: op afstand blijven en betrokken zijn. Met andere woorden, afstand houden biedt bestuurders de mogelijkheid invloed uit te oefenen en te sturen. Daarbij schetst het onderzoek naar zorgbestuurders de noodzaak voor de bestuurder om te bewegen tussen verschillende werelden binnen zijn of haar instelling (Stoopendaal 2008; Van der Scheer 2007). Een vergelijkbaar punt maakt Witman over de noodzaak van afstand (Witman, 2008). Bij het optreden als afdelingshoofd, blijven de medici ook dokter. Voor hen is het de kunst om met de nodige distantie ook een oordeel te kunnen vellen over het functioneren van hun peers, terwijl zij tegelijkertijd voldoende betrokken moeten blijven om zich niet van hen te vervreemden en daardoor aan geloofwaardigheid in te boeten. Professionals kunnen collega's aansturen op kwaliteit en veiligheid door hen indirect aan te spreken waarbij het gaat om het voortdurend zoeken naar een balans tussen manager en professional. Ook in andere zorginstellingen zoals in de GGZ en de ouderenzorg is de rol van de professional als manager op afdeling- of unitniveau van cruciaal belang en onvoldoende onderzocht.

De keerzijde van de benodigde distantie en betrokkenheid is een zeker onvermogen om verschillende rollen te vervullen. Professionals zijn er onvoldoende in geslaagd niet klinische rollen te concretiseren (zie inVivo). De 'Canmed'rollen hebben beperkte invulling gekregen. Maar kunnen juist in veiligheidskwesties meer vorm krijgen. Een belangrijke vraag is hoe het 'Canmed model' strategisch en tactisch verdiept en verbreed kan worden. Op basis van zowel een beleidsanalyse als een etnografisch onderzoek in de medische praktijk kunnen thema's worden geformuleerd die mogelijk wel de modernisering van de professie kunnen verbinden aan de modernisering van de medische praktijk, te weten patiëntveiligheid, overdracht van informatie en continuïteit van zorg. Die thema's vormen mogelijk een brug tussen de vakinhoudelijke ontwikkelingen en de beleidsmatige ambities.

Ook de rol van afdelingshoofd, of medisch manager wordt onvoldoende geproblematiseerd, voor bestuurders is nog steeds de vraag op welke wijze zijn hun verantwoordelijkheid voor kwaliteit kunnen waarmaken zonder te vervallen in een vorm van afstandelijk systeemtoezicht of te gedetailleerde controle van werkprocessen. In veel zorginstellingen kennen we deze figuur. Welke mogelijkheden biedt een dergelijke 'brugfunctie' voor het managen van kwaliteit en veiligheid. Hoe verhoudt deze functionaris zich tot zijn/haar peers, tot de medische staf als groep en tot het bestuur van de organisatie. Zijn er mogelijkheden om vanuit deze rol/functie een verbinding te maken naar andere disciplines, meer in het bijzonder de verpleegkundige discipline?

Werking van instrumenten in complexe contexten

Teneinde op een effectieve manier met onzekere en ambigue risico's te kunnen omgaan is een veiligheidsbenadering nodig die beter in staat is om onzekerheid en onenigheid over de aard en de omvang van risico's te verdisconteren. Belangrijk verschil betreft de rol van procedures en regels. Waarbij eenvoudige risico's de veiligheid kan worden gehandhaafd door regels, procedures en systemen (De Leeuw 2008) – de risico's en de maatregelen die de schade kunnen beperken zijn immers bekend- is dit niet het geval bij ambigue en onzekere risico's. Ook is er een duidelijke norm die ingrijpen van bestuur legitiem maakt. Om de schade van ambigue en onbekende risico's in te beperken of te voorkomen moeten professionals de systemen soms passeren of regels schenden om de onvermijdelijke gaten in het systeem te vullen. Belangrijker worden in de impliciete en vaak onzichtbare routines die de zorg veiliger maken. Daarbij ontbreekt de norm die ingrijpen legitimeert.

Uit het onderzoek blijkt dat de huidige aanpak van patiëntveiligheid te veel is gericht op het beheersen van eenvoudige risico's. Hoewel daar zeker kwaliteitswinst mee is geboekt, komen de grenzen van die benadering in zicht. In het rapport zijn diverse problemen besproken: de moeite om veiligheidsproblemen te definiëren in de eerste lijn en de care sector, de beperkte rol van het VMS bij de analyse en controle op zowel medische als ernstige incidenten en de beperkte rol van artsen bij veiligheidsmanagement.

Het is van belang meer onderzoek te doen naar de werking van verschillende instrumenten die vooral worden ingezet bij ambigue risico's. De kennis is onvoldoende en er is normatieve onzekerheid over wat de juiste aanpak zou moeten zijn. De contouren van een benadering worden voorzichtig zichtbaar en verdienen nader onderzoek. We noemen enkele elementen van deze benadering: hoe wordt omgegaan met 'soft signals'? Worden deze onderkend en door wie en op welk moment worden ze omgezet in handelen? Wat zijn de effecten van een meer deliberatieve benadering van risico's, dat wil zeggen dat gezamenlijk wordt gewerkt aan definities, scenario's en handelingsmogelijkheden. We zien een voorzichtige stap in deze richting bij sommige medische maatschappen, dan wel bij kwaliteitscommissies van medische staven. Daarbij gaat het niet om het maken van een protocol of een procedure als wel om een gezamenlijke zoektocht naar de definitie van verschillende soorten risico's en daarbij passende handelwijzen. Hierbij hoort ook het waken voor impliciete en onzichtbare routines. Niet zelden zijn het juist deze routines die onveilige situaties kunnen veroorzaken. Onderzoeksvraag is dan: wat zijn de instrumenten en methodes om deze routines te onderkennen en ter discussie te stellen?

In het kader van het onderzoek naar het omgaan met ambigue risico's is het ook van belang om de relatie tussen dagelijkse praktijk en organisatiestrategie te onderzoeken. Zijn ervaringen in concrete praktijken terug te vinden in de organisatiestrategie? En op welke wijze worden dagelijkse praktijken in het hier en nu verbonden met een meer abstracte strategie die zich vooral op de toekomst van de organisatie als geheel richt en per definitie

generaliserend van aard is. Juist in de discussies en afwegingen over de organisatiestrategie kan een vereenvoudiging van problemen en oplossingen optreden die onvoldoende recht doen aan de ambigue risico's terwijl het kunnen omgaan daarmee wel een essentieel onderdeel is (of zou moeten zijn) van het strategievormingsproces.

Onderzoek naar veiligheidsprocessen

Veiligheid is zoals gezegd een zaak van vele handen. Kwaliteit en veiligheid vereisen sturing, maar professionals, managers en bestuurders maken kwaliteit en veiligheid samen. De maatregelen die genomen worden om veiligheid en kwaliteit te bevorderen, zo laat deze studie zien, vinden vooral 'hoog' of 'laag' in de organisatie plaats. De maatregelen die de bewindspersonen voorstellen zoals de bestuurlijke boete, de aanscherping van de aansprakelijkheid en de uitbreiding van de bevoegdheden van de IGZ zijn gericht op meer beheersing en meer sturing door de zorgbestuurders (Klink & Bussemaker 2008). Er is vooral een vraag naar de instrumenten die bestuurders nodig hebben om professionals en leidinggevendenden aan te spreken op hun doen en laten ten aanzien van de bevordering en de borging van patiëntveiligheid (De onderzoeksraad voor Veiligheid 2008). De hiërarchische top van de organisatie (de raad van bestuur) wordt aangesproken op de eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit en krijgt ook hiërarchische instrumenten om die verantwoordelijkheid waar te maken. Daarnaast is sprake van een uitbreiding van het sanctionerend instrumentarium van de IGZ en van de overheid. De nadruk ligt op het 'in control' zijn en op het sturen op en het controleren van kwaliteit en veiligheid. Dientengevolge wordt de bestuurder aangesproken als degene die direct en actief moet interveniëren om patiëntveiligheid te garanderen en daar waar nodig te verbeteren.

De verbeterinitiatieven worden vooral op het niveau van de werkvloer genomen. De dominante benadering van patiëntveiligheid in de zorg is gericht op de interactie tussen mens en een enkelvoudig systeem. Onbedoeld en onvoorzien lijkt de focus van de initiatieven om veiligheid te verbeteren en te waarborgen zich te verplaatsen naar het primaire proces en nog specifiek naar medische behandelingen door individuele professionals. De meeste initiatieven voor het verbeteren van patiëntveiligheid richten zich dan ook op een type incident (valpreventie, medicatieveiligheid), op compliance aan richtlijnen door de beroepsgroep opgesteld, op de procesgang op een bepaalde afdeling (de OK, de apotheek) en op het individuele functioneren van de professional (de IFMS voor de medisch specialist bijvoorbeeld). Deze verbeterinitiatieven bieden managers en bestuurders geen of slechts een beperkte rol (enkel als steun, gezicht). Slechts een incidenteel project – de ontwikkeling of invoering van een best practice – biedt bestuurders af en toe de mogelijkheid naar de werkvloer 'af te dalen' en blijkt te geven van het belang dat hij/zij hecht aan patiëntveiligheid (Stoopendaal, 2008). Het is immers niet aan de bestuurder om zich te bemoeien met operationele processen op de werkvloer, zeker niet bij eenvoudige of complexe risico's. Er is geen twijfel over het belang van de interventie in relatie tot mogelijk andere belangen (normatieve zekerheid) en het is bekend hoe te handelen (cognitieve zekerheid). Met deze manier van werken is weinig oog voor het gegeven dat patiëntveiligheid een zaak van 'vele handen' (van bestuur, management en professionals) en dus voor het feit dat een dergelijke scheiding tussen 'hoog' en bestuur en 'laag' en professional een te simpele voorstelling van zaken is. De discussie over randvoorwaarden voor patiëntveiligheid blijft dan steken in thema's zoals: tijd, geld, aanspreekcultuur waar de bestuurder voor moet zorgen. Verder is het aan professionals om veilig te werken en hun collega's daar op aan te spreken.

Er is meer onderzoek nodig naar de wijze waarop in complexe organisaties (zoals een ziekenhuis of een GGZ instelling) gewerkt wordt aan patiëntveiligheid. Het gaat daarbij vooral om het verwerven van meer inzicht in de wijze waarop gemeenschappelijke kaders worden ontworpen, de wijze waarop hiermee binnen verschillende divisies en afdelingen wordt omgegaan, de daarbij gehanteerde definities en handelingsalternatieven. In complexe organisaties als een ziekenhuis is het allesbehalve vanzelfsprekend dat een aanpak die succesvol is gebleken binnen de ene divisie zonder meer wordt overgenomen door een andere divisie waar het primaire proces andere kenmerken vertoont. Het zogenaamde 'tussengebied' is een onontgonnen gebied. Het gaat daarbij om al die meer of minder expliciete beslissingen die bepalend zijn voor de wijze waarop veiligheidsbeleid in concrete praktijken wordt geoperationaliseerd. Het gaat ook om de wijze waarop vakgroepen, commissies, kwaliteitscoördinatoren, aangewezen managers dan wel informele leiders zich het thema patiëntveiligheid toe-eigenen en vertalen in procedures en spelregels. In dit tussengebied wordt ook zichtbaar welke dilemma's zich kunnen voordoen als patiëntveiligheid in het geding is (wel of niet ingrijpen, wel of niet melden, wel of niet uitstellen), en welke keuzes dan worden gemaakt en waarom. Het is immers lang niet altijd duidelijk welk gedrag patiëntveiligheid dient, en er is evenmin overeenstemming tussen betrokkenen wat onder veiligheid moet worden verstaan. Er kan sprake zijn van conflicterende doelen. Bij dit onderzoek komen niet alleen de interventies op individueel niveau of de acties op afdelingsniveau aan de orde, maar juist ook de wijze waarop patiëntveiligheid wordt gerealiseerd en verbeterd in verschillende zorgprocessen over disciplines en afdelingen heen. Het is een bekend verschijnsel dat de meeste risico's zich juist voordoen op de grensgebieden tussen disciplines en tussen organisatorische eenheden. Daar kan een soort 'niemandsland' ontstaan met een relatief grotere kans op fouten als het bestaan van dat niemandsland niet wordt erkend.

Verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid, zo hebben we beschreven, kan worden waargemaakt als op de verschillende niveaus de betrokkenen elkaar aanspreken en informeren als de norm wordt overschreven en als er actief met registratie/normering wordt omgegaan. Elkaar aanspreken is niet alleen een individuele maar ook collectieve of beter gezegd een gezamenlijke activiteit. Het gaat immers vooral om het gevolg kunnen geven aan hetgeen gezegd is. De termen waarin we nu spreken over verantwoordelijkheid als moed, en durf, doen onvoldoende recht aan de onderlinge afhankelijkheden. Focus van onderzoek zou kunnen liggen op: hoe kan gezamenlijk verantwoordelijkheid worden genomen? Hoe werkt verantwoordelijkheid nemen in complexe netwerken?

Onderzoek naar betekenisgeving van patiëntveiligheid

Een specifiek onderwerp van onderzoek is de wijze waarop het thema patiëntveiligheid in het publieke debat wordt 'geframed' en welke gevolgen deze framing heeft voor de wijze waarop veiligheidsbeleid wordt gemaakt en maatregelen worden getroffen. Kenmerkend in deze tijd is enerzijds de focus op incidenten en anderzijds de afnemende tolerantie voor fouten. Ook al komt in het debat naar voren dat zorg mensenwerk is en dat fouten onvermijdelijk zijn, lijken de voorgestelde maatregelen vooral uit te gaan van het 0-tolerance principe. Er is nauwelijks plaats voor de acceptatie van fouten of vergissingen.

Wat zijn de gevolgen van het huidige discours voor de praktijk van patiëntveiligheid in verschillende contexten. In hoeverre worden de mogelijkheden om te leren en differentiëren ondermijnd door de grote nadruk die er is komen te liggen op interveniëren en controleren. Of anders om, welke mogelijkheden om direct in te grijpen worden gemist, als de complexiteit van de problemen en de organisaties eenzijdig wordt benadrukt?

De opzet van het programma veilig leren

De onderzoeksvragen die in deze paragraaf zijn benoemd, lenen zich niet voor een programma met verschillende thema's waar onderzoekers op kunnen intekenen.

Het verdient de voorkeur om een integraal programma te ontwerpen waarbij onderzoek wordt uitgevoerd op instellingsniveau met een voorkeur voor een formatieve methode. Van belang is om te zoeken naar verschillende praktijken waar het onderzoek kan worden uitgevoerd. Te denken valt aan de acute zorg, de electieve zorg, de chronische zorg, de thuiszorg, de langdurige zorg, en de zorg waar sprake kan zijn van dwang en drang en gesloten opvang.

In navolging van zorg voor beter, sneller beter en de academische werkplaatsen verdient het de voorkeur om voor het thema patiëntveiligheid zoals hier uiteengezet een eigen onderzoeksinfrastructuur op te zetten. Tentatief wordt hier in het kort een eerste opzet geschetst.

Als werktitel kan gedacht worden aan veilig leren. Instellingen kunnen met een of meer onderzoekers meedoen aan het programma veilig leren. Zij dienen voorstellen in die enkele van de onderzoeksvragen beslaan die hiervoor zijn beschreven, waarbij in ieder geval wordt ingegaan op het onderscheid tussen verschillende soorten risico's, op de rollen van verschillende actoren – in het bijzonder professionals en bestuurders – en op de activiteiten die zich op het zogenaamde 'tussengebied' afspelen – tussen bestuur en professionals, tussen disciplines en afdelingen - . Van belang is dat de betrokken instellingen zelf willen werken aan het onderzoekbaar maken van hun praktijken. Wellicht kunnen combinaties worden gemaakt van praktijkmensen die ook als onderzoeker optreden naast een verbinding met universitair onderzoekers die een begeleidingsrol vervullen en samen met de betrokkenen in de instellingen een community of practice vormen om ervaringen uit te wisselen en een meta-analyse maken van onderzoeksresultaten. Daar kan ook het onderzoek naar betekenisgeving van patiëntveiligheid plaats vinden.

8. Referenties

Aarts, J., & Gorman, P. (2007). IT in health care: Sociotechnical approaches "To err is system". *International Journal of Medical Informatics*, 76 (june), S1-S3.

Algemene Rekenkamer (2009). Implementatie kwaliteitswet zorginstellingen.

Ash, J., Berg, M., & Coiera, E. (2004). Some unintended consequences of information technology in health care: The nature of patient care information system related errors. *The Journal of the American Medical Information Association*, 11(2), 104-112.

Bal, R. (2009). De nieuwe zichtbaarheid. sturing in tijden van marktwerking. Oratie. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Bates, D., Pappius, E., Kuperman, G., Sittig, D., Burstin, H., Fairchild, D. et al. (1999). Using information systems to measure and improve quality. *International Journal of Medical Informatics*, 53, 115-124.

Berg, M. (Ed.) (2003). Health information management. integrating information technology in health care work. London: Routledge.

Berg, M. (1997). Rationalizing medical work: Decision-support techniques and medical practices. London: The MIT Press.

Berg, M., de Brantes, F., & Schellekens, W. (2006). The right incentives for high-quality, affordable care: A new form of regulated competition. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(4), 261-263.

Bevan, G., C.Hood. (2006). What's measured is what matters: Targets and gaming in the english public health care system. *Public Administration*, 84(3), 517-538.

Bont, A., & de, Grit, K. Performance can be controlled by simple measurements. A study about public performance management from the perspective of science and

technology studies. *Public Administration* (Submitted),

Committee on Quality of Health Care in America. (2001). The quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington D.C.: National Academy Press Institute of Medicine.

Cornelissen, E., Frissen, P., Kensen, S., & Brandsen, T. (Eds.)(2007). *Betoverend bestuur. legitimiteit, vitaliteit en meervoudigheid*. Den Haag: Lemma.

De Leeuw, J. R. J., Veenhof, C., Wagner, C., Wiegers, T. A., IJzermans, J. C., Schellevis, F. G. et al. (2008). *Patiëntveiligheid in de eerstelijnsgezondheidszorg: Stand van zaken*. Utrecht: NIVEL.

De Onderzoeksraad voor Veiligheid. (2008). Een onvolledig bestuurlijk proces: Hartchirurgie in UMC st radboud. No. S2005GZ0929-1. Den Haag:

- Goodwin, N. Leadership in health care, A european perspective. 2005,
- Grit, K., & Meurs, P. (2005). Verschuivende verantwoordelijkheden. dilemma's van zorgbestuurders. Assen: Van Gorkum.
- Hacking, I. (1990). The taming of chance. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hollnagel, E., Woods, D. D., & Leveson, N. (2006). Resilience engineering. Concepts and precepts. Hamshire: Asghate.
- Hunter, D. (2003). Public Health Policy. Cambridge: Polity Press.
- Iedema, R.A.M., C. Jorm, D. Long, J. Braithwaite, J. Travaglia, M. Westbrook (2005). Turning the medical gaze upon itself: Root cause analysis and the investigation of clinical error. Social Science and Medicine, 62, 1605-1615.
- Jensen, C. B. (2008). Sociology, systems and (patient) safety; knowledge translations in healthcare policy. Sociology of Health & Illness, 30(2), 309-324.
- Jerak-Zuiderent, S., Zwart, D., & de Bont, A. (2009) Exploring the logics and practices of patient safety in primary care. Een paper voor de 4S conferentie in Washington, oktober 2009.
- Klink, A., & Bussemaker, J. (2008). Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning No. MC-U-2941595). Den Haag: VWS.
- Maister, D. H. (1993) Managing the professional service firm. New York: Free Press.
- Mesman, J. (to be published). Follow-the-practice: About structures and safeties in the NICU. Unpublished manuscript.
- Meulen, v. d. M. (2009). Achter de schermen; vakontwikkeling en professionalisering van publieke managers in de zorg en bij de politie. Delft: Eburon.
- Meurs, P. (2008a). Sociaal vertrouwen: Een kwestie van durf. Amsterdam: SER.
- Meurs, P. (2008b). Sturen op kwaliteit. achtergrond notitie voor de invitational conference op 28 oktober 2009.
- Meurs, P., & van der Grinten, T. (Eds.) (2005). Gemengd besturen: Besturingsvragen en trends in de gezondheidszorg. Den Haag: SDU.
- Mul, M., de. (2009). Managing quality in health care. involving patient care information systems and health care professionals in quality monitoring and improvement. Erasmus University Rotterdam. Dissertatie.
- Mul, M., de, & Berg, M. (2007). Completeness of medical records in emergency trauma care and an IT based strategy for improvement. Medical Informatics and the Internet in Medicine, 32, 157-167.
- Nederlandse Vereniging voor Veiligheidskunde. (2009). Hoe zorgen we ervoor dat de inspanningen inzake patiëntveiligheid blijvend effect hebben? overwegingen en aanbevelingen van een discussieplatform in de nederlandse vereniging voor veiligheidskunde. Nederlandse Vereniging voor Veiligheidskunde.

Noordegraaf, M. (2004). Management in het publieke domein; issues, instituties en instrumenten. Bussum: Coutinho.

Noordegraaf, M., & Meurs, P. (2002). Verwarde managers. professionalisering van managers in de zorg. Management & Organisatie, (3), 22-93.

Pirnejad, H., Niazkhani, Z., Berg, M., & Bal, R. (2008). Intra-organizational communication in healthcare: Consideration for standardization and ICT application. Methods of Information in Medicine, 47(4), 336-345.

Pronovost, P., & Colantuoni, E. (2009). Measuring preventable harm - helping science keep pace with policy. The Journal of the American Medical Association, 301(12), 1273.

Putters, K. (2009). Besturen met duivelselastiek. Oratie. Rotterdam: iBMG.

Putters, K. (2006). Het zoekende ziekenhuis. strategie bepaling in een hybride context. In T. Brandsen (Ed.), (pp. 55-72). Den Haag: Lemma.

RVZ. (2009). Governance en kwaliteit van zorg. Den Haag: RVZ.

Scheer, W. v. d. (2007). Is the new health-care executive an entrepreneur? Public Management Review, 9(1), 49-65.

Sharpe, V., & Faden, A. (1998). Medical harm: Historical, conceptual and ethical dimension of iatrogenic illness. New York: Cambridge University Press.

Shaw, K. N., Lavelle, J., Crescenzo, K., Noll, J., Bonalumi, N., & Baren, J. (2006). Creating unitbased patient safety walk-rounds in a pediatric emergency department. Clinical Pediatric Emergency Medicine, 7(4), 231-237.

Stoopendaal, A. (2008). Zorg op afstand. betrokken bestuur in grootschalige zorginstellingen. Assen: Van Gorkum.

Timmermans, S., & Angell, A. (2001). Evidence-based medicine, clinical uncertainty and learning to doctor. Journal of Health and Social Behavior, 42, 342-359.

Timmermans, S., & Berg, M. (2003). The gold standard; the challenge of evidence-based medicine and standardization in health care. Philadelphia: Temple University Press.

Timmermans, S., & Berg, M. (1997). Standardization in action: Achieving local universality through medical protocols. Social Studies of Science, 27(2), 273-305.

Tronto, J. Moral boundaries. A political argument for an ethic of care. New York: Routledge.

Van Asselt, M., & Vos, E. (2008). Wrestling with uncertain risks: EU regulation of GMOs and the uncertainty paradox. Journal of Risk Research, 11(1), 1366.

Van der Scheer, W., Meurs, P., & Ngo, D. (2007). Bestuurders in beweging. ontwikkelingen in het profiel van bestuurders van gezondheidszorgorganisaties. Rotterdam: CMDz.

Vonk, L. Leren en controleren in "Veilig incident melden": Match of crash?. Doctoral dissertation, Erasmus Universiteit.

Wagner, C., G. van der Wal, & S. Tuijn (Eds.). (2005). Patientveiligheid in nederland. Assen: Van Gorkum.

Wears, R. L., & Vincent, C. A. (2008). The history of safety in health care. In P. Croskerry, K., Cosby, K.; Schenkel, S.; Wears, R. Patient Safety in Emergency Medicine. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Willems, R. (2004). Hier werk je veilig, of je werkt hier niet. sneller beter - de veiligheid in de zorg. Den Haag: Shell Nederland.

Witman, Y. (2008). De medicus maatgevend: Over leiderschap en habitus. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.

WRR. (2008). Onzekere veiligheid. verantwoordelijkheden rond fysieke veiligheid No. WRR-82). Amsterdam: Amsterdam University Press.

WRR. (2006). Lerende overheid. een pleidooi voor probleemgerichte politiek. Amsterdam: Univerisity Press Amsterdam.

WRR. (2005). Bewijzen van goede dienstverlening. Amsterdam: University of Amsterdam Press.

Zuiderent-Jerak, T. (2007). Preventing implementation: Exploring interventions with standardization in healthcare. in: , 16(3) pg. 311-329. Science as Culture, 16(3), 311-329.

Zwart, D., & De Bont, A. (2009). Differences in the way physicians frame safety in contrast to quality managers explain the difficulties with the patient safety programs. Unpublished manuscript.

9. Hoe zorgen we ervoor dat de inspanningen inzake patiëntveiligheid blijvend effect hebben?

Overwegingen en aanbevelingen van een discussieplatform in de Nederlandse Vereniging voor Veiligheidskunde.

Eindhoven, september 2009

Hoe zorgen we ervoor dat de inspanningen inzake patiëntveiligheid⁶ blijvend effect hebben?

Deze vraag is voorgelegd aan een multidisciplinair platform van de Nederlandse Vereniging voor Veiligheidskunde, waaraan veiligheidskundigen, (ziekenhuis-)apothekers, een psycholoog, een medisch specialist en een sociologisch onderzoeker in de gezondheidszorg deelnemen.

Het antwoord op deze vraag kent verschillende aspecten, waarover wij in willekeurige volgorde onze mening zullen beschrijven.

De auteurs onderschrijven de mening dat er in de afgelopen periode grote stappen voorwaarts zijn gemaakt in de verbetering van de veiligheid van patiënten in ziekenhuizen. Zij maken zich echter grote zorgen over de autonome wijze waarop dit proces plaatsvindt. Terwijl er veelvuldig wordt verwezen naar de successen die in andere sectoren (chemische industrie en luchtvaart) worden geboekt, wijken de leiders op het gebied van patiëntveiligheid op essentiële punten af van de strategie die in deze sectoren wordt gevolgd. Men maakt onvoldoende gebruik van de lessen die door anderen al zijn geleerd. Het is voor buitenstaanders helder zichtbaar in welke vallen de ziekenhuizen zullen lopen. Dit stuk is daarom, behalve een antwoord op de gestelde vraag, een pleidooi tot bezinning. Dit document eindigt met enkele aanbevelingen aan de beleidsmakers op het gebied van patiëntveiligheid.

Wat gedaan wordt is deels goed, maar er ontbreekt een verbindende structuur, waardoor de onderlinge relaties en de hiaten daarin onvoldoende duidelijk zijn. De vele initiatieven uit de verschillende organisaties hangen als los zand aan elkaar. Als de aanbevelingen die in dit stuk worden gegeven niet worden opgevolgd, zal het plafond snel worden bereikt en slechts met een onredelijke hoeveelheid energie kunnen worden behouden. Daar willen wij de ziekenhuizen voor behoeden!

Veiligheidskunde is een professie

Het initiatief van VWS om de petrochemische industrie te vragen haar kennis en ervaring op het gebied van het verhogen van de veiligheid met de ziekenhuizen te delen heeft richtinggevend gewerkt. De ziekenhuizen hebben begrepen dat

⁶ In dit stuk wordt de internationaal algemeen gebruikte term 'patiëntveiligheid' gehanteerd. Er is echter veel voor te zeggen om deze term te vervangen voor 'zorgveiligheid'.

veiligheidsmanagementsystemen⁷ (VMS) kunnen bijdragen aan de reductie van incidenten. De ziekenhuizen, de politiek en betrokken departementen hebben de initiële informatie tot zich genomen en is al snel een zelfstandige koers gaan varen. De overheid, die zelf ook nog geen ervaring met VMS heeft, stelde eisen aan wat, hoe snel ontwikkeld moest worden en stelde hiervoor geld ter beschikking (in het kader van het programma 'Sneller Beter'). De ziekenhuizen reageerden vervolgens met het instellen van organisaties waarin medische disciplines een belangrijke positie innamen. Daarmee werd 'veiligheid' geadopteerd door mensen die zich daarvoor slechts via hun medische bril met het onderwerp hadden bezig gehouden en niet waren opgeleid in een veiligheidskundige discipline: goedwillende amateurs dus.

Al snel werd analoog aan bestaande ISO-achtige normen voor kwaliteit en arbeidsveiligheid een NTA (Nederlands Technische Afspraak, één nivo onder een NEN norm) ontwikkeld en de weg naar een systematische aanpak lag open. Ziekenhuizen zochten partnerships met industriële bedrijven naar keuze. Met name de sectoren petrochemie en luchtvaart dienden als voorbeeld om aan te tonen dat processen waarbij sprake is van hoge veiligheidsrisico's wel degelijk te 'managen' zijn en niet hoeven te leiden tot schade of persoonlijk letsel. Zo werden Shell, DSM, Akzo, KLM, etc. bij patiëntveiligheid betrokken. Op centraal niveau (IGZ, ZonMw, het VMS programma, etc.) werd al snel een eigen koers gevaren en werden (voornamelijk naar aanleiding van casuïstiek van incidenten of inspectieresultaten) prioriteiten gesteld die leidden tot specifieke eisen waar ziekenhuizen in ijlt tempo aan moesten voldoen. De ziekenhuizen deden hun best om aan de stroom van eisen te voldoen. Van enige koppeling van de geformuleerde eisen met de ontwikkeling van een VMS is geen sprake. Problematisch in dit geval is het feit dat in veel gevallen de coördinatie van op patiëntveiligheid gerichte activiteiten een neventaak is van reeds bestaande functies. Een deskundigheidseis inzake de functionaris die met de coördinatie van patiëntveiligheid is belast, zoals opgenomen in de Arbeidsomstandighedenwet (die handelt over veiligheid van medewerkers), heeft de overheid niet gesteld.

Voormalig Staatsecretaris Hoogervorst eiste dat ieder ziekenhuis vóór 1-1-2008 een werkend VMS moest hebben. Let wel: het ging hem om een generiek VMS, waar patiëntveiligheid deel van uit maakt. Een tiental ziekenhuizen hebben gezamenlijk een aantal onderdelen van zo'n VMS vormgegeven. Dit leidde tot het VMS zorgprogramma. Zie www.vmszorg.nl.

Opvallend is dat veiligheidscultuur hier al een plaats heeft gekregen. Daaruit blijkt dat getracht wordt om dat wat in andere sectoren, waaronder de chemische industrie en de

⁷ In een aantal ziekenhuizen wordt gesproken van 'veiligheidszorgsystemen'. In dit stuk is gekozen voor de door de IGZ gehanteerde terminologie.

luchtvaart, na elkaar werd geïntroduceerd (éerst structuur en dan pas cultuur) nu in één keer te doen. Op zich een begrijpelijke poging om het verbetertraject sneller uit te voeren dan de andere sectoren hebben gedaan. Wat men daarmee echter niet respecteert, is de tijd die nodig is om te komen van operationele, incidentele acties via een gedegen, diep in de organisatie ingebedde structuur (VMS) naar een volwassen veiligheidscultuur. Die ontwikkeling impliceert verandering 'tussen de oren' van alle betrokkenen: verpleegkundigen, Raden van Bestuur, medisch specialisten, technici, etc. Daar hebben anderen decennia voor nodig gehad. Onze trekkers van de nationale patiëntveiligheidskar proberen nu de verbeteringen op operationeel niveau en culturele verandering tegelijkertijd te laten plaatsvinden. De noodzakelijke basis⁸, een geïmplementeerd veiligheidsmanagementsysteem, ontbreekt echter in veel ziekenhuizen. Onze ervaring leert dat dit tot onoplosbare weerstanden leidt, waardoor culturele verandering onmogelijk wordt gemaakt. Hierdoor leiden de in technische zin vaak uitstekende verbeteractiviteiten niet tot geborgde veranderingen in de organisatie, waardoor de investeringen van zowel de ziekenhuizen als overheid niet leiden tot een structurele resultaten. Interessante complicatie is hier dat door het relatief hoge opleidingsniveau en toegestane autonomie van de bij de veranderprocessen betrokken mensen een hoge mate van veranderallergie bestaat. Daardoor wordt een operationeel technische verbetering al snel als een aanval op bestaande verworvenheden (en dus op de cultuur) ervaren. Op het eerste gezicht zou dit pleiten voor de nu gehanteerde simultane aanpak van techniek en cultuur, ware het niet dat het 'Culture follows climate'-concept zich al jaren internationaal bewijst. We kunnen de cultuur niet veranderen; cultuur verandert vanzelf, als gevolg van zorgvuldige verbeteringen in het systeem dat men (in dit geval) ziekenhuis noemt.

Ziedaar het probleem!

⁸ Het fenomeen veiligheidsmanagementsysteem is eerst genoemd in een advies van de Schotse rechter Lord Cullen, die in zijn onderzoek naar de oorzaken van de ramp met het Schotse offshore platform Piper Alpha (1986, 167 doden) constateerde dat de veiligheid in de olie- en gasindustrie onvoldoende gestructureerd werd aangepakt, waardoor goede initiatieven slechts tijdelijk effect sorteerden. Dit advies heeft geleid tot de wereldwijde ontwikkeling van veiligheidsmanagementsystemen in verschillende takken van industrie, waarna de sector een significante reductie van schade en letsel heeft gerealiseerd.

Basisprincipes voor de invoering van een veiligheidsmanagementsysteem

- De leiding moet zich volledig inzetten om het belang van een goede werking steeds weer uit te dragen
- Het systeem moet opgezet zijn mét en vóór de mensen die ermee werken, alle medewerkers, eigen personeel en aannemers, moeten zich betrokken voelen
- Alle medewerkers maken in kleine teams regelmatig korte observatiebezoeken bij andere afdelingen
- Het systeem moet simpel zijn en makkelijk actueel te houden
- Er moet tijd en menskracht beschikbaar zijn om het systeem op te zetten en te onderhouden
- Communicatie, communicatie en nog eens communicatie.

Als we naar de huidige stand van zaken kijken, vallen 3 dingen op:

De beoogde doelstelling voor de invoering van het VMS is qua tijd in geen enkel ziekenhuis gehaald. (zie de IGZ rapportage)

daar waar pogingen worden gedaan tot de ontwikkeling van een VMS is voornamelijk sprake van een reactieve benadering (lees: het slechts sturen op veilig incident melden)

het VMS omvat slechts een deel van het verbeterproces, n.l. patiëntveiligheid.

Uit het rapport 'je werkt hier veilig... :

Een manifestatie daarvan is er de eenzijdige gerichtheid op incidenten. Niemand zal het belang ontkennen van het 'leren van onze fouten'. Laten we het hier echter bij dan geldt dat als een gemiste kans. Immers, we kunnen ook leren van wat wél goed gaat. Ook inzichten in wat veiligheid eigenlijk is, en waar, wanneer, hoe en bovenal waarom het zich voordoet, draagt bij aan veiligheid. Daarom verdient niet alleen afwezigheid maar ook aanwezigheid van veiligheid nader onderzoek.

Kortom, zowel de sector als de toezichthoudende overheid voeren een op medische incidenten en inspectieresultaten gebaseerd correctief beleid met een proactief sausje. Uit het rapport van Rein Willems⁹ volgt zonneklaar dat activiteiten ter bevordering van veiligheid ingebed dienen te worden in een organisatorisch kader, het managementsysteem. In andere

⁹ 'Je werkt hier veilig of je werkt hier niet', R. Willems, in kader van Sneller Beter 2004

bedrijfstakken bestaat veel ervaring met het ontwikkelen en invoeren van dergelijke systemen (o.a. veiligheid, kwaliteit, milieu). De NTA is een goed raamwerk om als basis te hanteren, maar de ontwikkeling van een organisatiespecifiek systeem en de succesvolle invoering daarvan vereist kennis van professionals. Die kennis en ervaring is in Nederland in ruime mate aanwezig. Professionele veiligheidskundigen, gedragswetenschappers en technici werken al decennia succesvol samen om de veiligheid in ondernemingen en andere organisaties te borgen. Uit de manier waarop men tot nu toe tracht de veiligheid in ziekenhuizen te verbeteren, valt af te leiden dat van deze kennis en ervaring nog onvoldoende gebruik wordt gemaakt.

Is een ziekenhuis is een normaal bedrijf?

Ziekenhuizen wijken wat opbouw van organisatie en verantwoordelijkheidsstructuur nogal af van traditioneel vormgegeven industriële bedrijven. Ook in de industrie is er tegenwoordig sprake van complexe samenwerkingsverbanden (denk aan de autoindustrie). De verschillen worden graag benadrukt (patienten zijn geen auto's) en als excuus gebruikt om bepaalde veranderingen, zoals het invoeren van een VMS niet door te voeren. Echter, dit zijn drogredenen. Juist in een ziekenhuis met zijn complexe aansturing (hierarchy en maatschappen) is het invoeren van een VMS . een 'must'!

Er is nog een reden om veiligheid in ziekenhuizen professioneler aan te pakken; er is sprake van externe druk ("de minister zegt dat het mot") en veel minder van een intern gevoelde noodzaak. Van een bottom-up effect (waarbij de patiënt zich gedraagt als kritische consument) is nog weinig te merken¹⁰. Tot slot is er sprake van een sterke diffundatie van de ernst. Er zijn weliswaar minimaal 1700 vermijdbare sterfgevallen per jaar, maar door het slechte zicht op waar die gevallen zich voordoen creëert dat getal in de individuele ziekenhuizen onvoldoende urgentie om actie te ondernemen.

Op één verschil gaan we wat nader in: In een "industriële" omgeving worden alle producten gemaakt in teamverband. Er bestaan geen mensen die stellen dat zij, als individu, de benzine van Shell of het staal van Corus hebben gemaakt. Zelfs in innovatieve omgevingen (Apple) wordt het succes van een product (bijv. de I-pod) niet toegeschreven aan de

¹⁰ In de industrie en de luchtvaart is de ontwikkeling ten aanzien van veiligheid in sterke mate beïnvloed door de wijze waarop werknemers (industrie) en passagiers (kritische consumenten van luchtvaartmaatschappijen) zich hebben geroerd. Voor Amerikaanse cowboy-oliemaatschappijen wil je niet werken en met Aeroflot wil je niet vliegen. De olie-industrie is onder invloed van vakbondsacties sterk verbeterd. Werknemers van multinationals wordt verboden met onveilige carriers te vliegen. Veiligheid en economie gaan hier hand in hand.

uitvinder alleen. De kwaliteit van een medische behandeling wordt echter vaak expliciet toegeschreven aan het individueel handelen van de behandelend medisch specialist. Ook al kan deze specialist geen operatie uitvoeren zonder de hulp van het operatieteam en de vele medewerkers die in het peri-operatieve proces een rol spelen; men spreekt over de prestatie van 'de dokter'. Hij bepaalt het behandelings-beleid, dus hij wordt gezien als de persoon die de patiënt beter maakt. Een dergelijke waardering zal de president-directeur van een groot chemisch concern nimmer ontvangen; hij is wel eindverantwoordelijk voor het beleid, maar wordt door de wereld gezien als leider van een team, waarvan hij, ook al is hij nog zo'n charismatisch leider, in hoge mate afhankelijk is.

Dit onderscheid in positionering van een medisch specialist leidt tot de perceptie dat de kwaliteit van een behandeling (en dus ook de veiligheid) slechts wordt bepaald door de kwaliteit van de individuele specialist. Patiënten lopen hun onbedoelde schade vaak op tijdens de behandeling. Ook al heeft het ziekenhuis haar zaken niet op orde (bijvoorbeeld bij het werken met onbetrouwbaar functionerende of verouderde apparaten), het is de specialist die de beslissing neemt de behandeling al dan niet met die apparaten uit te voeren. Bij capaciteitsproblemen in de ziekenhuisorganisatie zal een medisch specialist niet beslissen een behandeling uit te stellen; de nazorg is immers het probleem van de ziekenhuisorganisatie. De specialist bepaalt het medisch beleid en de ziekenhuisorganisatie is daar ondergeschikt aan; zij speelt een faciliterende rol. Van teamwork lijkt hierbij nauwelijks sprake.

Dat zegt dus iets over beide actoren: De specialist stelt zich autonoom op en de ziekenhuisdirectie of Raad van Bestuur laat dat gebeuren. In een industriële omgeving is dat een onvoorstelbare situatie. Het probleem ligt dan ook in de wijze waarop wij als samenleving de medische zorg in ziekenhuizen hebben georganiseerd.

Het is echter meer dan een organisatieprobleem; de organisatievorm in ziekenhuizen is het resultaat van een historische ontwikkeling. Vanaf het moment dat dokters als individuele wondermensen worden beschouwd, die zijn opgeleid om hun beroep met een levensgrote individuele verantwoordelijkheid uit te voeren, creëert de samenleving een cultuur waarin een ziekenhuis niet meer 'in control' is en aldus de veiligheid van haar patiënten nauwelijks kan beheersen. Van haar patiënten? De medisch specialist zal het altijd zijn patiënten noemen...

Vanuit meerdere invalshoeken is geen sprake van een simpele hiërarchische organisatie, de organisatievorm verschilt per type ziekenhuis en de samenhang van de organisatorische elementen kan slechts als een holistisch geheel worden gezien¹¹. Onder invloed van het

¹¹ Zie bijvoorbeeld: 'Images of Organization' (1996) van G. Morgan

historisch gegroeide, enorme en soms overdreven respect voor medisch specialisten en de tot zeer recent geringe directe actieve betrokkenheid van de Raden van Bestuur ten aanzien van het fenomeen patiëntveiligheid¹² is sprake van een ongewenste situatie met betrekking tot patiëntveiligheid. In deze setting is het opzetten van een goed geborgd VMS bijna een onhaalbare kaart. Het aanpassen van de organisatiestructuur ligt dan ook voor de hand (om meerdere redenen dan patiëntveiligheid alleen).

Ten aanzien van de verantwoordelijkheid is hier een niet te onderschatten rol weggelegd voor de opleiders, die veel meer tijd zouden moeten besteden aan de wijze waarop medisch specialisten moeten samenwerken met de ziekenhuisorganisatie in het kader van de patiëntveiligheid. Door meer aandacht voor de context waarin deze jonge artsen hun specialisme moeten gaan praktiseren, zullen zij hun ziekenhuispraktijk met een realistischer beeld van de werkelijkheid moeten betreden. Op dit moment kan men het qua veiligheid vaak riskante gedrag van medisch specialisten soms ook haast niet kwalijk nemen; fouten maken mag iedereen, maar verwijtbaarheid is een begrip dat veel te gemakkelijk door leken wordt gehanteerd en veelal onterecht. Als wij als samenleving onvoldoende aandacht besteden aan het verwachtingpatroon van de jonge specialist, hem onvoldoende voorbereiden op een VUZO¹³, is het veelal niet onredelijk om na een incident de verwijtbaarheid de andere richting in te sturen.

Ook de benadering van senioren medisch specialisten in de maatschappen speelt hier een essentiële rol waar het de ontwikkeling van jonge specialisten betreft; het gedrag van deze ervaren leermeesters is richtinggevend voor de nieuw intredende dokter. Zoals een junior proces-operator zijn veiligheidshelm niet zal dragen als de ouderen het verkeerde voorbeeld geven, zal een jonge dokter de time-out procedure niet serieus nemen als zijn senioren collega's er een loopje mee nemen. De effecten van verkeerd voorbeeldgedrag zijn niet te overzien. Als een maatschap patiëntveiligheid onvoldoende integreert in haar beleid, brengt dat niet alleen de huidige patiënten in gevaar, maar zal dat zijn weerslag hebben op de volgende generatie medisch specialisten!

Eén van de vele definities van cultuur luidt: 'Cultuur is zoals we de dingen hier doen'.

En dáár hebben we het hier dus over! Het belang van dit aspect wordt door de sector ook wel gevoeld. Maar men praat over cultuurverandering, omdat iedereen (en niet in de laatste

¹² Onder invloed van het ingrijpen in acute onveilige situaties door de IGZ en de verhoogde aandacht in de media voor onveiligheid in ziekenhuizen is deze betrokkenheid in ijtempo gegroeid. Dat zegt echter niets over het intrinsieke urgentiegevoel bij de leden van de Raden van Bestuur.

¹³ VUZO = Vergissingen Uitlokkende Ziekenhuis-Omgeving (H. Molendijk, 2007)

plaats de minister en zijn toezichthouder) over cultuurverandering spreekt. In de kern, waar de problematiek rondom de hiërarchische verhoudingen speelt, verandert er tot nu toe weinig. Deskundigen op dit gebied worden echter mondjesmaat geraadpleegd, zodat de complexiteit van dit verschijnsel volstrekt buiten beeld blijft. Het wordt nu veelal in een te simplistische versie te pas en te onpas naar voren geschoven als ware het een panacee voor alles wat tegenzit. De sector ontwikkelt zelf “nieuwe” instrumenten om cultuur te meten, terwijl er gevalideerde instrumenten uit andere bedrijfstakken op de plank liggen waar men van kan leren. Aan deze aspecten wordt door de overheid en andere reeds genoemde actoren geen of onvoldoende aandacht gegeven.

Om ziekenhuizen te stimuleren een ‘veiligheidscultuur’ te ontwikkelen wordt in het kader van het VMSzorg Veiligheidsprogramma - letterlijk – een door zeer professionele acteurs uitgevoerde theatervoorstelling gepresenteerd (‘Dag en Nacht’). De aanbieders noemen het zelf ‘een controversiële theatervoorstelling, die de dilemma’s blootlegt in de zoektocht naar een patiëntveilige ziekenhuiscultuur’, maar de voorstelling benadrukt slechts de centrale rol van de medisch specialist, bevestigt zijn dilemma’s en laat de dilemma’s en de rol van en de interactie met de ziekenhuisorganisatie onderbelicht. Het publiek kan er niet meer mee dan zich bevestigd voelen in haar mening dat medisch specialisten het grote probleem zijn. Daar stimuleer je de verbetering van een ziekenhuisorganisatie niet mee! Het feit dat cultuurverandering een gevolg is van succesvolle interventies en niet als een op zichzelf staande activiteit kan en mag worden gezien, wordt met deze voorstelling volledig genegeerd.

Als de onderliggende culturele problematiek van de relatie tussen medische staf, zorgteam en ondersteunende ziekenhuis-organisatie niet op een voor alle partijen acceptabele wijze in een managementsysteem aandacht krijgt, zal iedere activiteit ter verbetering van patiëntveiligheid symptoombestrijding blijken en haar effect na korte tijd verliezen.

Het overheidsbeleid

Bij de verbetering van patiëntveiligheid speelt de overheid een sleutelrol. Niet de Orde van Medisch Specialisten, niet andere traditioneel als deskundig betitelde organisaties (veelal uit medische hoek), maar in weerwil van een beleid waarin men over de terugtrekkende overheid spreekt, zal de IGZ hier het voortouw moeten nemen. Terugtrekken uit een dergelijk complex veranderingsproces is mogelijk wel in lijn met het politieke beleid, maar reduceert in deze prille fase van cultuurverandering het stimulerend vermogen van de IGZ tot het niveau van een inspectiedienst¹⁴. Andere bedrijfstakken hebben zich tot het huidige veiligheidsniveau

¹⁴ In het kader van leiderschap wordt wel gebruik gemaakt van het Operationeel Leiderschapsmodel, waarbij de leiderschapstijl afhankelijk is van de culturele ontwikkeling van een organisatie. Daarbij onderscheidt men (vanuit een sterk onderontwikkelde pathologische naar

kunnen ontwikkelen met positieve steun van de respectievelijke inspectiediensten. De industrie is geholpen door de Arbeidsinspectie, de mijnbouw vond in het Staatstoezicht op de Mijnen een partner en de Rijksluchtvaartdienst (nu HDL) heeft veel geïnvesteerd in het op het huidige niveau brengen van de vliegveiligheid. Ziekenhuizen mogen van de IGZ een soortgelijke steun verwachten.

Als het de overheid menens is met een gestructureerde aanpak van risico's dan zal zij zelf voldoende expertise op het gebied van veiligheidsmanagementsystemen aan de dag moeten kunnen leggen. Dan kan men beleid ontwikkelen waar de ontwikkelingsfase van ziekenhuizen als basis voor een geproportioneerde benadering wordt gehanteerd. Bij organisaties die nog in de pathologische fase zitten kan men dan optreden als echte autoriteit (sturend) en in verder ontwikkelde ziekenhuizen schouder aan schouder (coachend) samenwerken. Op individueel niveau gebeurt dat al; er zijn inspecteurs die haarfijn aanvoelen wanneer sturend en wanneer coachend opgetreden moet worden, maar het is te veel afhankelijk van de persoonlijke relatie tussen partijen en niet gebaseerd op gestructureerd beleid. Alleen op basis van gestructureerd en persoonsonafhankelijk beleid kan de IGZ een geloofwaardige partij zijn en kan zij een effectieve ondersteunende functie ontwikkelen. Belangrijk element daarbij is de rol van kruisbestuiver waar het 'best practices' betreft. De IGZ verzamelt vanuit haar positie een grote hoeveelheid kennis en zou bij de distributie daarvan een grote rol kunnen spelen. Daarmee dwingt zij respect af en kan het veld actief assisteren om de gezamenlijke maatschappelijke doelstelling van een veiliger ziekenhuis te bereiken. Door het aantrekken van expertise op het gebied van veiligheidskunde en organisatie-/veranderkunde en een coöperatieve opstelling ten aanzien van de ziekenhuizen zal de perceptie ten aanzien van de IGZ veranderen van een inspecterende organisatie naar een ondersteunende organisatie die helpt waar mogelijk en ingrijpt waar dat nodig is.

Noot: een andere optie is om het net zo te organiseren als in de industrie: de check op het VMS wordt uitgevoerd door 'notified bodies' zoals LLoyds en DNV. Dan ben je de duale taak van de IGZ ook kwijt.

De afgelopen periode kenmerkt zich door een sterke gerichtheid op het meten van abstracte aspecten; de veiligheidscultuur is daarvan een voorbeeld, maar ook het 'niveau van veiligheid' is, een gewild onderwerp waarvan men, ondanks zijn vage terminologie, maar al te graag wil vaststellen hoe het er mee staat. Niet alleen de overheid, maar ook de pers (Elsevier en het AD) menen (onderdelen van) veiligheid te kunnen meten. Het wemelt op dit moment van de indicatoren. Het zijn er te veel, de verschillende systemen wijken onderling sterk af, ze zijn te sterk medisch getint en van onderbouwde benchmarking is geen sprake. Onderlinge vergelijkingen geven onbetrouwbare beelden en worden niet serieus genomen.

Ook hier wordt geen gebruik van bestaande kennis op dit gebied, simpelweg omdat die kennis zich niet binnen het blikveld van de huidige actoren bevindt. Op dit vlak zou de IGZ zich breder moeten oriënteren en een centrale positieve benchmarking-rol moeten spelen, waardoor een professionele IGZ-benchmark de invloed van Elsevier en het AD decimeert.

Met betrekking tot de opsporende taak van de IGZ is het interessant om de discussie aan te gaan 'wanneer fouten verwijtbaar zijn'. Is een vergissing een verwijtbare fout? Is het verwijtbaar als men iets vergeet? En zo ja, wie treft het verwijt dan? Wie is in geval van onbedoelde schade de normadressaat? Is dat de individuele medisch specialist, verpleegkundige, of apotheker, of de ziekenhuisorganisatie? Er bestaan legio recente ontwikkelingen op het gebied van menselijk falen, die sterke invloed hebben op de beslissing ten aanzien van de verwijtbaarheid van wat wij fouten noemen. Kennis van deze theorieën en hoe andere bedrijfstakken hiermee omgaan hoort thuis in de rugzak van de IGZ-beleidsmakers en –inspecteurs. Het zal leiden tot een sterke onderbouwing van het opsporingsbeleid, wat de acceptatie van dat beleid door de sector zeker ten goede zal komen.

Prioriteit één: samenhang en structuur

In de industrie is veel geïnvesteerd om het melden van incidenten, het zoeken naar oorzaken en de schuldvraag uit elkaar te trekken. Dat heeft veel helderheid gebracht en enorm geholpen om de veiligheid te vergroten. We zien nu in de zorg een trend om deze scheiding op te heffen. Dat gaat niet helpen en wij vinden dat deze beweging krachtig betreden moet worden. Op grond van algemeen bekende en (ook door de organisaties die zich inzetten voor betere veiligheid in de zorg) geaccepteerde theorieën omtrent menselijk falen stellen wij dat dat 'fouten' niet verwijtbaar zijn, tenzij er sprake is van 'opzet of grove nalatigheid'. De organisatie is 'per definitie' eindverantwoordelijk voor wat er binnen haar territorium gebeurt.

Er is niet zoiets als 'fair blame' (een term van IGZ!), het is veel eerlijker en effectiever om de werkelijke oorzaken op te sporen en op organisatieniveau verbeteren aan te brengen. In dit kader is het opvallend en veelzeggend dat in onderzoek van industriële incidenten het de Raden van Bestuur zijn die zich moeten verantwoorden en bij medische incidenten de individuele arts ter verantwoording wordt geroepen.

In dit stuk concentreren wij ons op patiëntveiligheid. Een volgende stap zou de integratie van de verschillende veiligheidsaspecten met milieu en security (het Kroonmodel dat bij het Radboudziekenhuis in Nijmegen wordt ontwikkeld). Dat model is een stap op weg naar integraal risico management. In de verte ligt dan nog de droom van het ziekenhuis als High Reliability Organisation (HRO). Een concept dat front-runners in de industrie omarmt hebben als een volgende stap in het verbeteren van (primaire) processen en veiligheid. Echter zo ver zijn we nog lang niet. De sector beschikt over veel deskundige mensen die veel energie in de verbetering van veiligheid van ziekenhuizen stoppen. De resultaten van hun waardevolle werk is echter nog niet gebundeld in een logische structuur. Daardoor is de kans groot dat de nu gerealiseerde verbeteringen verdwijnen als de mensen die zich aan deze verbeteringen hebben verbonden verdwijnen. Om dat te voorkomen zou het aanbrengen van structuur nu een eerste prioriteit moeten zijn.

Aanbevelingen

Leg de eindverantwoordelijkheid voor patiëntveiligheid expliciet bij de Raad van Bestuur (als dat nog niet is gebeurd). Dus net als bij financiën, P&O, etc. krijgt één lid van de Raad van Bestuur patiëntveiligheid in zijn/haar portefeuille.

Train Raden van Bestuur in het nemen van die verantwoordelijkheid, leer ze waar ze op moeten letten, welke punten van het VMS voor hun zijn, hoe ze incidenten moeten evalueren, audit-resultaten moeten beoordelen, etc.

Raden van Toezicht vervullen hier ook een belangrijke taak. Zij moeten leren hoe erop toe te zien dat de Raden van Bestuur hun verantwoordelijkheid nemen.

Eis een schriftelijk vastgelegd patiëntveiligheidszorgsysteem, waarin structurele activiteiten op het gebied van patiëntveiligheid qua inhoud en frequentie zijn vastgelegd en de verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor deze activiteiten ondubbelzinnig zijn gedefinieerd.

Eis dat ieder ziekenhuis de IGZ een jaaroverzicht geeft, waarin wordt aangegeven of en hoe een geplande activiteit is uitgevoerd.

Eis dat ieder ziekenhuis een functionaris aanstelt die belast wordt met het beheer van het patiënt-veiligheidszorgsysteem en met de coördinatie van de daarin opgenomen activiteiten. Deze aanstelling moet in omvang rechtevenredig zijn met de omvang van de organisatie.

Regel dat veiligheid een lijnverantwoordelijkheid wordt. Dus afdelingshoofden krijgen een gedelegeerde verantwoordelijkheid vanuit de RvB. (de coördinator coördineert, maar is niet verantwoordelijk!). de afdelingshoofden zijn integraal verantwoordelijk en worden net als financiën, productie etc ook 'afgerekend'/beoordeeld op hun veiligheidsprestaties.

Stel deskundigheidseisen aan personen die met het beheer van het patiënt-veiligheidszorgsysteem zijn belast.

Verhoog het kennisniveau binnen de IGZ ten aanzien van veiligheid-, organisatie- en veranderkunde alsook andere kwalitatieve benaderingen die zich met veiligheid en onveiligheid bezighouden.

Geef daarna de IGZ een centrale positieve rol bij de ondersteuning van ziekenhuizen bij de ontwikkeling en implementatie van patiënt-veiligheidsmanagementsystemen.

Verplicht ziekenhuizen om met overheidsgeld ondersteunde kennisontwikkeling te delen met de gehele sector. (onder het adagium: dat wat met publiek geld wordt ontwikkeld moet publiek beschikbaar komen.)

Maak meer gebruik van digitale communicatie over het VMS, bijvoorbeeld door één centrale site als "Kennisplein" op internet te ontwikkelen. Uitgaande van de huidige situatie zou VMS-zorg daar een coördinerende rol in kunnen spelen.

Oormerk de fondsen die voor de ontwikkeling van VMS in ziekenhuizen beschikbaar worden gesteld, zodat deze ook werkelijk worden gebruikt voor de ontwikkeling van systemen. Gerichte facilitering met adequate financiering is een MUST.

Ga met de opleiders (artsen, specialisten, verpleegkundigen, medisch technici etc) aan tafel en pas het curriculum aan: denk aan competenties (samenwerken, diligence, reflectief

vermogen, empathie etc), kennis over veiligheid, en vaardigheden! Nu wordt vaak 'op de patiënt' geoefend i.p.v. in het skills-lab.



Erasmus University Rotterdam

INSTITUTE OF HEALTH, POLICY & MANAGEMENT

Visiting address

Burgemeester Oudlaan 50
3062 PA Rotterdam

Postal address

P.O. Box 1738
3000 DR Rotterdam
The Netherlands

Telephone +31 10 408 85 55
Fax +31 10 408 90 94
Internet www.bmg.eur.nl
E-mail research@bmg.eur.nl



ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM

INSTITUTE OF
HEALTH POLICY & MANAGEMENT

